Чтоб жизни суть постичь и отразить точь-в-точь,
Он, тело расчленив, а душу выгнав прочь,
Глядит на части. Но... духовная их связь
Исчезла, безвозвратно унеслась!

В. Гёте «Фауст»

Системы повсюду...

Л. фон Берталанфи

Как нужно быть осторожным, чтобы судить о том, что нормально и что ненормально, что совершенство и что недостаток!

И. П. Павлов

Введение

Прежде чем обсуждать предмет и современное состояние клинической психологии, необходимо рассмотреть и соотнести различные понятия, существующие для обозначения области знаний, о которой пойдет речь в данном учебнике. Данная область начала формироваться с конца XIX в. Главным толчком к ее формированию стал поворот психологии от изучения теоретических вопросов об «устройстве» психики человека к решению практических, прикладных задач. Можно выделить несколько основных источников развития клинической психологии: 1) создание прогрессивными психиатрами того времени психологических лабораторий с целью экспериментального изучения нарушенных в результате болезни психических функций (Э. Крепелин, П. Жане, В. М. Бехтерев, С. С. Корсаков и др.); 2) создание психологических тестов Ф. Гальтоном и Дж. Кеттеллом и зарождение дифференциальной психодиагностики; 3) организация Л. Витмером первого консультативного психологического центра для детей с различными проблемами и зарождение психолого-педагогического консультирования; 4) разработка психологической теории неврозов З. Фрейдом на основе опыта работы с больными истерией и появление психоаналитического метода лечения психических расстройств.

Основным пространством формирования клинической психологии стала пограничная область между психологией и медициной. Для ее обозначения разные авторы в разное время и в разном смысле использовали следующие термины: *клиническая психология*, *медицинская психология*, *патопсихология*, *анормальная психология*. Чешские исследователи Р. Конечный и М. Боухал еще в 1980-е гг. уделяли много внимания проблеме терминов, отмечая ее крайнюю запутанность, царящий здесь «хаос взглядов и мне-

ний» (Конечный Р., Боухал М. — 1983. — С. 196). В частности они отмечали, что термины «клиническая психология» и «медицинская психология» трактуются то крайне узко, то, наоборот, очень широко, охватывая все области психологических разработок в медицине и, фактически, сливаясь друг с другом. В настоящее время по-прежнему не существует единства во мнениях относительно каждого из этих терминов, однако некоторые общие тенденции в их трактовке наметились.

В советской психологии получили распространение термины «патопсихология» и «медицинская психология», а термин «клиническая психология» до 1980-х гг. практически не использовался. Термин «анормальная психология» обсуждался рядом авторов (Блейхер В. М. — 1976; Конечный Р., Боухал М. — 1983), но также практически не использовался вплоть до 2004 г.[1]

Термин ***патопсихология*** использовался представителями московской и украинской психологической науки. Патопсихология, по определению Б. В. Зейгарник (Зейгарник Б. В. — 1969, 1986), ***исследует структуру нарушений психической деятельности, закономерности ее распада в их сопоставлении с нормой, при этом дается квалификация патопсихологических явлений в понятиях современной психологии.*** При таком понимании психологических задач московская школа была длительное время (1960—1970-е гг.) преимущественно ориентирована на решение фундаментальных теоретических вопросов о механизмах работы психики. Исследования фокусировались на изучении характера психических нарушений при тяжелых психических и соматических заболеваниях и на задачах психологической диагностики (Б. С. Братусь, М. А. Карева, В. В. Николаева, С. Я. Рубинштейн, Е. Т. Соколова и др.).

Большой вклад в эти исследования внесли сотрудники кафедры пато- и нейропсихологии факультета психологии МГУ им. М. В. Ломоносова, а также сотрудники лаборатории патопсихологии Центра психического здоровья РАМН, которые под руководством Ю. Ф. Полякова в течение многих лет исследовали патологию психической деятельности при шизофрении и разработали целый ряд методик для оценки нарушений высших психических функций (В. П. Критская, Н. С. Курек, Т. К. Мелешко, Т. Д. Савина и др.). Среди украинских психологов, внесших важный вклад в развитие патопсихологии, следует упомянуть В. М. Блейхера, Л. Ф. Бурлачука и других.

В особую область знаний выделилась детская патопсихология, призванная исследовать психические расстройства и отклонения

[1] Этот термин входит в обиход вместе с появлением русского издания фундаментального американского учебника «Анормальная психология» (Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. — 2004).

в развитии в детском возрасте (И. А. Коробейников, В. В. Лебединский, С. Я. Рубинштейн, А. С. Спиваковская и другие).

Термин ***медицинская психология*** использовался в основном представителями ленинградской психологической школы. Согласно этой традиции медицинская психология изучает: а) психические проявления различных болезней в их динамике; б) роль психики в возникновении, течении и предупреждении болезней; в) влияние различных болезней на психику; г) нарушения развития психики; д) принципы и методы психологического исследования в клинике; ж) характер отношений больного человека с медицинским персоналом и окружающей его микросредой; з) психологические методы воздействия на психику человека в лечебных и профилактических учреждениях (Лебединский М. С., Мясищев В. Н. — 1966; Кабанов М. М., Карвасарский Б. Д. — 1978; Карвасарский Б. Д. — 1982). В таком понимании отчетливо видна направленность медицинской психологии на решение практических задач. Соответственно, в ленинградской школе наиболее активно разрабатывались психологические аспекты этиологии неврозов, вопросы психотерапии и реабилитации.

Итак, в московской школе вплоть до 1980-х гг. важнейшим фокусом внимания были теоретические вопросы нормы и патологии, в то время как в ленинградской — практические психологические задачи в рамках медицины. Кроме того, исторически сложилось так, что разработкой проблем клинической психологии в московской школе занимались преимущественно психологи с базовым психологическим образованием, а в ленинградской — многие врачи с базовым медицинским образованием. Это нередко приводило к спорам и разногласиям, обострение которых произошло в 1990-е гг. На этот раз разногласия касались предмета клинической психологии, ее связи с медициной и общей психологией, а также вопросов профессиональной подготовки клинических психологов. Некоторые итоги этой дискуссии были отражены в сборнике тезисов, посвященных 100-летию Б. В. Зейгарник (Клиническая психология. Материалы первой международной конференции памяти Б. В. Зейгарник. 12—13 октября. — М., 2001). Представители ленинградской школы (Л. И. Вассерман, О. Ю. Щелкова) настаивали на идентичности понятий медицинская и клиническая психология, а также на признании клинической психологии медицинской специальностью с возможностью подготовки врачей по клинической психологии в качестве второй специальности. Того же мнения придерживался В. Д. Менделевич (Ярославль). Представители московской школы (Ю. Ф. Поляков, Е. Д. Хомская) подчеркивали неразрывную связь клинической психологии с психологической наукой и необходимость фундаментальной психологической подготовки клинических психологов. Е. Д. Хомская указывала также на различные противоречия

в современных трактовках предмета клинической психологии и на необходимость его дальнейшей теоретической разработки как междисциплинарного и комплексного (Хомская Е. Д. — 2001).

Термин ***клиническая психология*** в отечественных исследованиях употреблялся редко вплоть до 1990-х гг. Иногда клиническая психология трактовалась как часть медицинской психологии (Блейхер В. М. — 1976; Иванов В. Н. — 1974; Платонов К. К. — 1972), при этом ее значение сужалось до области взаимодействия между врачом и больным (Платонов К. К. — 1972) или же рассматривалось по аналогии с отношениями клиники и медицины в широком смысле (Блейхер В. М. — 1976; Иванов В. Н. — 1974). В последнем случае под клинической психологией понималась область медицинской психологии, «прикладное значение которой определяется потребностями клиники — психиатрической, неврологической и соматической» (Блейхер В. М. — 1976. — С. 7), соответственно в клиническую психологию включались патопсихология, нейропсихология и соматопсихология (Иванов В. Н. — 1974).

В зарубежной психологии судьба рассматриваемых терминов была иной. Широко используемые в начале века термины «медицинская психология» и «патопсихология» постепенно утратили свою популярность. Термин «медицинская психология» в настоящее время все больше используется для обозначения суммы психологических знаний, которой необходимо овладеть врачу, т. е. для обозначения учебного курса «психология для врачей» (Enke H. et al. — 1977). В него также обычно включаются деонтологические проблемы (взаимоотношения врача и больного) и некоторые другие.

Термин ***патопсихология*** был использован В. Шпехтом в 1912 г. для обозначения общего психологического учения о психических расстройствах. Однако в силу отсутствия единых методологических и теоретических позиций у различных западных исследователей выделились разные психологические теории психических расстройств, а общее психологическое учение так и не возникло. Этим, видимо, объясняется то, что термин патопсихология употребляется в зарубежной науке относительно редко. Его можно встретить в наиболее фундаментальных европейских учебниках по клинической психологии, где патопсихология понимается как психологическая теория психических расстройств (Bastine R. — 1998).

Напротив, термин ***клиническая психология***, предложенный учеником В. Вундта Л. Витмером еще в XIX в., прижился в Америке, а затем распространился и в Европе. Этот термин на сегодняшний день является наиболее емким и популярным. Если первое время этот термин употреблялся в основном как аналог практически ориентированной прикладной психологии, то позднее за ним был закреплен статус серьезной научной области,

направленной на разработку вопросов психодиагностики. По мере накопления знаний о различных психических отклонениях клиническая психология переросла область решения чисто диагностических задач, зона ее компетенции расширялась, все больше захватывая вопросы психологической помощи. Уже в 1950—1960-х гг. психологи в США активно занимались консультированием и психотерапией. Несколько позднее то же самое произошло и в Европе. В настоящее время термин «клиническая психология» приобрел собирательное значение для самых разных как прикладных, так и теоретических областей знания.

В России только в 1980-х гг. в силу исторических обстоятельств начался активный процесс расширения прикладных задач психологии, в частности зоны компетенции психологии в медицине. С помощью западных тренеров и специалистов психологи активно включились в процесс обучения основам психотерапии и психологического консультирования. Термин «клиническая психология» стал важным для взаимного понимания и интеграции в мировую науку, а также вполне адекватным для обозначения расширившейся зоны участия психологии в сфере охраны психического здоровья. Как отдельная специальность клиническая психология была утверждена в 2000 г. приказом № 686 Министерства образования РФ. Квалификация выпускника представляется как «Психолог. Клинический психолог. Преподаватель психологии»[1]. Нормативный срок обучения 5 лет. В образовательном стандарте указывается, что клиническая психология по профессиональной ориентации, системе подготовки кадров и фундаментальным основам образования является психологической специальностью широкого профиля, имеющей межотраслевой характер и участвующей в решении комплекса задач в системе здравоохранения, народного образования и социальной помощи населению. Объект научно-практической деятельности клинической психологии в образовательном стандарте определяется как человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим, социальным и духовным состоянием. В настоящее время в связи с переходом на новые общеевропейские образовательные стандарты стоит задача разработки и апробации магистерских программ по клинической психологии.

[1] Научная специальность, в рамках которой осуществляются и защищаются диссертационные исследования в области клинической психологии, называется «медицинская психология». Поступая на работу в медицинское учреждение, клинические психологи также занимают должности медицинских психологов. Однако такого рода нестыковки неизбежны для того динамичного состояния, в котором находится сегодня отечественная клиническая психология.

ГЛАВА 1

Предмет, история становления и современное состояние клинической психологии

1.1. Предмет, основные разделы и задачи клинической психологии

Начнем с характеристики ***объекта исследования*** в современной клинической психологии. В настоящее время клиническая психология занимается самыми *разными вариантами психических нарушений в психиатрической клинике, в соматической клинике и в медицине катастроф.*

Кроме того, клиническая психология вышла за пределы медицинских стационаров в консультативные кабинеты и занимается *вопросами психопрофилактики, легкими психическими отклонениями, кризисными состояниями, состояниями «предболезни», семейными дисфункциями, нарушениями развития.*

Сферы применения клинической психологии чрезвычайно обширны. Помощь и знания клинических психологов необходимы в школе, в семейных консультациях, в различных медико-психологических центрах. Клинические психологи занимаются психологической диагностикой, психологическим консультированием и психотерапией, участвуют в организации реабилитационных мероприятий, проводят исследования.

Столь сложная и обширная сфера исследований и практики имеет глубокие исторические корни. Так как клиническая психология формировалась на стыке медицины и психологии, многое в трактовке ее объекта и предмета определялось конкретными историческими условиями развития этих дисциплин и их взаимоотношениями в отдельных странах.

Так, в отечественной психологии в составе клинической психологии в качестве особого важного раздела традиционно входит ***нейропсихология*** (Клиническая психология / под ред. Б.Д. Карвасарского. — 2002). В немецкоязычных учебниках нейропсихология трактуется как область психологии, смежная с клинической психологией, хотя и тесно связанная с ней (Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманн. — 2002). В отдельных фундаментальных западных учебниках по клинической психологии нейропсихология представлена как область клинической психоди-

агностики (Bastine R. — 1998). Такие различия во многом определяются тем, что вплоть до конца 1960-х гг. нейропсихология на Западе не имела разработанного теоретического фундамента и, соответственно, не выступала как самостоятельный раздел науки.

В отечественной психологии, благодаря теоретическим разработкам Л. С. Выготского о мозговой организации высших психических функций, фундаментальным пионерским трудам А. Р. Лурия, а также кропотливым эмпирическим исследованиям его учеников в нейрохирургии и неврологии, нейропсихология приобрела статус самостоятельного и важного раздела психологической науки. Вот что пишут об этом авторы главы «Нейропсихологическая диагностика» одного из наиболее авторитетных американских учебников по клинической психологии: «В то время как в западной нейропсихологии стояла задача *измерения* способности... различных кортикальных зон, Лурия сделал акцент на разработке теории. Он разработал теорию функциональных систем мозга, которая преодолевала негативные последствия крайностей как узкого локализационизма, так и холизма, он также разработал соответствующие принципы оценки функционирования мозга» (Jones B., Butters N. — 1983. — P. 383).

Основополагающая работа А. Р. Лурия (Лурия А. Р. — 1962) была переведена на английский в 1966 г. Его идеи во многом определили развитие мировой нейропсихологии, однако в силу исторических причин нейропсихология на Западе не столь тесно связана с клинической психологией, как в нашей стране. В отечественной психологии и медицине нейропсихология стала важнейшей научной базой для реабилитации больных в неврологической клинике (Н. К. Корсакова, И. М. Тонконогий, Е. Д. Хомская, Л. С. Цветкова, В. М. Шкловский и др.), в настоящее время она находит широкое применение в решении различных проблем психического развития в детском возрасте (Т. В. Ахутина, Э. Г. Симерницкая, А. В. Семенович, Л. С. Цветкова и др.).

По мнению большинства авторов, в предмет клинической психологии входят также *психологические аспекты соматических заболеваний* (Бауманн У., Перре М. — 2002; Bastine R. — 1998; Зейгарник Б. В. — 1986). Однако единства мнений относительно того, как назвать этот раздел клинической психологии, нет. Термин ***психосоматика*** долгое время служил в западной науке для обозначения области медицины, занимавшейся соматическими расстройствами, в происхождении и течении которых ведущая роль отводилась психологическим факторам. Историческое разделение болезней на чисто соматические и психосоматические является весьма условным. Современная медицина все более склонна признавать вклад психологических факторов практически в любые заболевания. Поэтому в настоящее время этот термин используется более широко и служит для обозначения области знаний,

изучающей взаимосвязь соматического и психического уровней функционирования, тем самым отражая важнейшую философскую и психологическую проблему связи души и тела.

Психосоматика находится на стыке психологии, медицины и философии. Многие авторы считают неправомерным относить психосоматику к клинической психологии. Ведется поиск наиболее удачного термина для обозначения того аспекта психосоматики, которым занимается психология (соматопсихология — В. И. Иванов, психология телесности — А. Ш. Тхостов, В. В. Николаева, Г. А. Арина).

Большинством современных немецкоязычных авторов ***патопсихология*** рассматривается как раздел клинической психологии, в котором объектом изучения являются психические расстройства. Так же определяется объект патопсихологии большинством отечественных авторов (Зейгарник Б. В. — 1986; Клиническая психология / под ред. Б. Д. Карвасарского. — 2002; Блейхер В. М. — 1976). В англоязычной традиции близким к нему по смыслу является термин *анормальная психология* (*«abnormal psychology»)*. В настоящее время наметилась тенденция разделять общую и частную патопсихологию по аналогии с общей и частной психопатологией в психиатрии. ***Общая патопсихология*** занимается фундаментальными теоретическими вопросами нормы и патологии, ***частная патопсихология*** — конкретными психическими расстройствами.

После исторических справок, проясняющих неоднозначность трактовок основных разделов клинической психологии, перейдем к определению ее *научного предмета*, что предполагает, помимо указания объекта изучения, вычленение центральных исследовательских задач и базовых методов (Юдин Э. Г. — 1997). В соответствии с этим наиболее адекватным состоянию отечественных и западных исследований и практики представляется следующее определение предмета клинической психологии. ***Клиническая психология*** *— часть психологической науки, которая использует концептуальный аппарат психологии. Она изучает психологические нарушения при психических и соматических расстройствах, а также отклонениях развития (включая проявления, динамику, психологические и нейропсихологические факторы и механизмы этих нарушений), разрабатывает принципы и методы психологической диагностики, профилактики и помощи при различных нарушениях психики. При решении исследовательских и практических задач клиническая психология опирается на психологические знания о нормальном развитии и функционировании психики.*

Основанием для выделения различных разделов клинической психологии служат: тип знания и предметная специфика (различия в конкретных аспектах объекта изучения, задачах и мето-

дах); исторические традиции отечественной клинической психологии; актуальное состояние клинической психологии как области знаний; степень разработанности отдельных направлений. Фактически клиническая психология в своем предмете объединяет целый ряд более частных научных предметов, которые выделяются в отдельные разделы.

Коротко охарактеризуем каждый раздел. Поскольку основным объектом изучения клинической психологии являются различные психические нарушения, то в качестве наиболее фундаментальной методологической проблемы клинической психологии (как целостной научной области) выступает проблема психической нормы и патологии. Без ее тщательного анализа, без обсуждения критериев психической нормы и патологии практически невозможно методологически корректно охарактеризовать объект и предмет клинической психологии в целом, а также специфику ее отдельных разделов.

Поэтому том I — **«Общая патопсихология»** — полностью посвящен проблеме психической нормы и патологии — характеристике и сравнительному анализу различных подходов к решению этой проблемы.

Том II — **«Частная патопсихология»** — содержит характеристики теоретических моделей и описание эмпирических исследований конкретных психических расстройств. В силу большого разнообразия различных форм психической патологии, их полный охват является весьма затруднительным. Были выбраны наиболее эпидемиологически значимые расстройства, т.е. такие, которые особенно часто встречаются среди населения и, соответственно, в профессиональной практике клинических психологов.

Том III — «**Специальные разделы клинической психологии**» — включает три раздела: детская патопсихология, нейропсихология и психосоматика.

Детская патопсихология выделяется в самостоятельный раздел, так как специфика детского возраста предполагает существенную модификацию теоретических моделей психических нарушений, а также методов и содержания эмпирических исследований. Таким образом, детская патопсихология имеет свою специфику объекта и предмета исследования, свою область теоретических и эмпирических знаний.

Выделение *нейропсихологии* в особый раздел клинической психологии определяется задачей изучения субстратной, мозговой основы организации высших психических функций, а также их нарушений. В отечественной психологии А. Р. Лурия была создана фундаментальная теоретическая и методологическая база для решения этой задачи, что способствовало превращению нейропсихологии в самостоятельный и важный раздел клинической психологии.

Специфика предмета *психосоматики* как раздела клинической психологии определяется задачей изучения связи психических и телесных дисфункций. Как уже упоминалось, фундаментальность этой задачи восходит к философской проблеме связи души и тела. В рамках клинической психологии можно выделить два основных направления исследований: 1) роль психологических факторов в возникновении соматических расстройств; 2) влияние тяжелых соматических заболеваний на психические процессы. В современной отечественной психологии ведется теоретическая работа по уточнению специфики собственно психологического предмета изучения в рамках проблемного поля психосоматики (Тхостов А. Ш. — 2002).

Том IV — «**Прикладные направления клинической психологии**» — включает два больших достаточно самостоятельных раздела: *клиническая психодиагностика* и *психологическая помощь*. В историческом ракурсе эти области проделали заметное движение навстречу друг другу. Помимо задач дифференциации и классификации различных психических расстройств психодиагностика все больше ориентируется на задачи выявления мишеней психологической помощи. Эти области представляют один тип знания, а именно, практическое, психотехническое знание с общей теоретико-методологической базой.

При написании этих разделов нам представляется крайне важным уделить особое внимание *этическим* и *организационным аспектам исследовательской и практической работы клинического психолога*. Возрастающая взаимосвязь науки и практики приводит к тому, что проблема этических аспектов научной деятельности стала предметом интенсивной рефлексии и жарких дискуссий, ей посвящаются целые сборники и монографии. Наличие продуманных и обоснованных этических ограничений (норм) превращается в самостоятельный критерий научной обоснованности любой практической и исследовательской деятельности. Перед клинической психологией эти вопросы стоят особенно остро, так как сфера ее приложения тесно связана со здоровьем и благополучием людей. Наконец, для дальнейшего развития клинической психологии как профессии представляется важным проанализировать условия работы клинических психологов, задачи, которые перед ними стоят, охарактеризовать существующие в этой области практики нормы и предписания, как у нас в стране, так и за рубежом.

1.2. Методологический статус и границы клинической психологии

Клиническую психологию часто определяют как прикладную психологическую дисциплину в отличие от такой фундаментальной дисциплины как общая психология, на которую она опира-

Действительно, клиническая психология зарождалась в противовес академической психологии прошлого столетия в связи с задачей приложения психологических знаний на практике. Однако уже тогда в европейской традиции существовала идея, что изучение патологии психики будет способствовать развитию общей теории психического. Кроме того, важнейшей теоретико-методологической проблемой, которую решает клиническая психология, является проблема соотношения и определения психической нормы и патологии. Поэтому современная клиническая психология соединяет в себе фундаментальные и прикладные знания и задачи. Многослойный характер знания, сочетающий теоретическое и психотехническое знание (практическое знание о способах психодиагностики и психологической помощи) во многом определяет сложную структуру научного предмета и специфику исследований и разработок.

Не менее важной характеристикой клинической психологии является ее *эмпирическая ориентация* на объективные методы исследования[1]. В современной психологии это так называемые контролируемые научные исследования, т.е. исследования, в которых выделяются в качестве переменных различные психологические аспекты и факторы так, чтобы их роль или влияние можно было контролировать и делать относительно надежные выводы. Основной критерий надежности контролируемых исследований — их *воспроизводимость*, т.е. возможность получения в сходных условиях тех же результатов другими исследователями.

Примером могут служить исследования коммуникативного стиля в семьях больных шизофренией (исследования так называемой эмоциональной экспрессивности). Они были проведены разными исследователями в разных странах по единой методике, тестирующей коммуникативный стиль семьи. Практически все исследования получили один и тот же результат — чем выше уровень негативных эмоций, направленных на больного, тем более неблагоприятно течение заболевания (последнее оценивалось по частоте приступов болезни и длительности ремиссий). Важная роль негативных эмоций была подтверждена в серии интервенционных[2] исследований, показавших, что снижение уровня негативных эмоций в семьях с неблагоприятным эмоциональным климатом приводит к резкому уменьшению рецидивов заболевания.

---

[1] Правда, как отмечают М. Перре и У. Бауманн, редакторы и соавторы одного из наиболее фундаментальных учебников по клинической психологии, некоторая часть клинических психологов отстаивает герменевтический метод и отвергает эмпирический, естественно-научный в своей основе подход как неадекватный такому предмету изучения, каким является человеческая психика. Суть конфликта между герменевтическим и естественно-научным подходами будет описана в гл. 2.

[2] Интервенционные исследования — исследования, проводящиеся в ходе психологического вмешательства.

Развитие клинической психологии было связано с постепенным расширением ее предмета от изучения феноменологии и психологических механизмов психических нарушений до психодиагностики и методов психологической помощи. Это привело ко все большему смыканию клинической психологии с такими пограничными областями, как психиатрия и психотерапия. М. Перре и У. Бауманн указывают, что предметы клинической психологии и психиатрии в их современном понимании очень близки: «Предметом научных исследований как клинической психологии, так и психиатрии являются психические расстройства...[1] Таким образом, можно сказать, что в этом отношении клиническая психология и психиатрия мало различаются, даже если учесть по-разному расставленные акценты в их подходе к предмету исследования. Психиатрия как частная сфера медицины больше учитывает соматические аспекты психических расстройств, в клинической же психологии акцентируется скорее психологическая плоскость. Но совершенно ясно, что всеобъемлющее понимание психических расстройств возможно только при наличии комплексных биопсихосоциальных моделей. Поэтому модели, разрабатываемые в данных дисциплинах, иногда не имеют существенных различий, нередко проводятся совместные исследования» (У. Бауманн, М. Перре. — 2002. — С. 36).

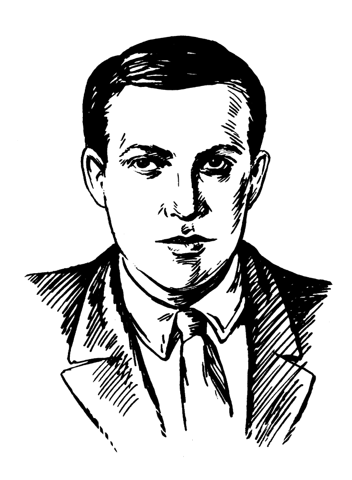
На основании приведенного выше определения можно констатировать выраженные трудности в очерчивании предмета клинической психологии и различении ее предмета и предметов смежных наук, в данном случае — психиатрии. На то, что предмет клинической психологии находится в постоянном развитии, с чем связано наличие различных его трактовок, указывают отечественные авторы (Хомская Е.Д. — 2001).

Трудности в выделении предмета клинической психологии связаны также с попытками дать трактовку этого предмета в соответствии с нормами *классической науки*, рассматривающей психику человека как природный объект и выдвигающей на первый план познавательные задачи. При таком подходе предмет науки задается как относительно неизменный, имеющий четкие контуры и границы.

Понятие *неклассической науки* возникает в связи с признанием зависимости результатов познания от деятельности человека и, в этом смысле, его относительности, возможности существования разных моделей реальности (Степин В.С. — 1976; Горохов В.Г. — 2003). Претензии классической науки на открытие объективной истины, единственно верного знания были поколеблены. Это становится окончательно очевидным вместе с возникновением

---

[1] Авторы, видимо, имеют в виду общий объект, а не предмет исследования, что и раскрывается в дальнейшем определении.



Лев Семенович Выготский (1896—1934)

приборной физики, так как результаты познания оказывались прямо зависимыми от особенностей процедуры исследования и используемых приборов. Для гуманитарных наук эта зависимость не столь очевидна. Однако и там существуют свои «приборы», правда, виртуальные, интеллектуальные, в качестве которых выступают теоретические модели реальности, на которые опирается исследователь. Новый этап в развитии представлений о неклассической науке обусловлен необходимостью синтеза знаний при переходе к решению сложных практических задач, связанных с человеческой деятельностью и требующих комплексного учета различных факторов.

При рассмотрении психики как деятельностного культурно обусловленного объекта (Выготский Л.С. — 1960) и при выдвижении на первый план практических задач (оказание психологической помощи, психопрофилактика и т.д.) становится еще более очевидной историческая изменчивость научного предмета клинической психологии, а его границы приобретают тенденцию к расширению по мере возникновения новых задач и привлечения знаний, имеющих значение для их решения. Отметим, что в отечественной психологии именно **Лев Семенович Выготский** — основатель культурно-исторического подхода — указал на принципиальное отличие психики в качестве предмета изучения от предметов естественных наук и начал рассматривать человеческую психику как производную от культуры и человеческой деятельности. Наконец, именно он обратил особое внимание на практические, прикладные задачи психологии, в частности на решение проблем умственной отсталости и аномального развития детей. Как отмечал А.А.Леонтьев в биографическом очерке о Л.С.Выготском, среди его ранних трудов преобладали практико-ориентированные исследования (Леонтьев А.А. — 1990). Так, из 30 работ, написанных в 1928 г., вопросам дефектологии было посвящено 17 работ — больше половины. Такой культурно-исторический, ориентированный на практику подход закладывал основание для перехода психологии в принципиально иной методологический статус.

Для выделения наук, которые имеют дело с деятельностными объектами и создают интегрированные знания для решения практических задач, в отечественной методологии в 1970—1980-е гг. использовались разные термины: *науки «неклассического образца»* (Мунипов В.М., Алексеев Н.Г., Семенов И.Н. — 1979), *«нетрадиционные» науки* (Горохов В.Г., Розин В.Н. — 1984), *комплексные науки* (Сичивица О.М. — 1983). В работах отечественных методологов была предпринята попытка построения предмета таких наук на примере инженерной деятельности и такой междисциплинарной отрасли науки и практики, как эргономика (наука, комплексно изучающая деятельность человека с целью повышения эффективности его взаимодействия с техникой, сохранения здоровья и развития личности).

Дискуссии о методологическом статусе практической психологии, ее отличии от академической возобновляются на рубеже 1980—1990-х гг., когда на фоне снятия «железного занавеса» в нашей стране начинается становление служб психологической помощи; эти дискуссии продолжаются и по сей день (Василюк Ф.Е. — 2003; Зарецкий В.К. с соавт. — 2002; Пузырей А.А. — 2005).

В настоящее время предложено различение (Степин В.С., Горохов В.Г., Розов М.А. — 1996) *классической, неклассической* и *постнеклассической науки* на основании критерия разных исторических периодов ее развития. Согласно этому различению, периоду неклассической науки соответствует укоренение представления о зависимости получаемого знания от исследовательских средств и невозможности получения «чистого» объективного знания. Постнеклассический период связывается с новым этапом развития неклассической науки — исследованием сложных объектов под углом зрения практических задач, решение которых предполагает экспликацию ценностных оснований и установление ограничений на средства вмешательства в объект, а также оценку последствий вмешательства с этических позиций.

Многие из упомянутых разработок вполне приложимы к современному этапу развития наук о психическом здоровье и его нарушениях, в связи с необходимостью решения сложных практических задач лечения и профилактики психических расстройств, требующих комплексного учета различных факторов. *Именно практическая направленность, междисциплинарность и комплексность являются отличительными признаками наук неклассического типа.*

В западной культуре этот этап развития науки осмысляется с позиций *постмодернизма* — течения западной философской мысли, чрезвычайно широко влияющего на разные сферы науки, культуры и искусства. Постмодернисты предлагают отказаться от поисков общих закономерностей и истинного знания в пользу решения локальных практических задач с позиций *тотального релятивизма*[1]. В своих крайних выражениях постмодернистская

[1] «Релятивизм (от лат. *relativus* — относительный) — методологический принцип, состоящий в абсолютизации относительности и условности содержания

философия приводит к отрицанию реальности как таковой, а любые научные разработки рассматриваются как некие конструкции, приходящие на смену друг другу по разным причинам, но никак не продвигающие нас в познании реальности. Разработки отечественных методологов по неклассическим научным дисциплинам имеют общие черты с постмодернистскими взглядами в плане конструктивистской ориентации на решение практических задач. Однако вместо отказа от ориентации на реальность в них постулируется *особый характер реальности, связанной с человеческой деятельностью.*

Обобщенную характеристику дисциплин неклассического типа в сравнении с классическими дал В. К. Зарецкий (Зарецкий В. К. — 1989) по следующим параметрам: *объект исследования, цели, тенденции развития, структура знания, субъект исследования* (см. табл. 1).

Классические науки изучают явления как устойчивые, естественные и их *объект* выступает как относительно неизменный, не зависящий от деятельности человека. Напротив, *науки неклассического типа имеют дело с объектами, меняющимися в процессе деятельности, зависимыми от нее, порождаемыми ею.* Так, изменение жизни и деятельности, развитие общества и культуры ведет к возникновению и распространению новых форм психической патологии (Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. — 1999; Тхостов А. Ш., Сурнов К. Д. — 2004). В современной культуре особенно широкое распространение получают различные виды химической зависимости, депрессивные и тревожные расстройства, так называемые посттравматические стрессовые расстройства, связанные с переживанием острых жизненных стрессов. Таким образом, клиническая психология имеет дело с явлениями, которые тесно связаны с последствиями человеческой деятельности — рост темпа жизни, увеличение разобщенности людей, распространение опасных для здоровья способов снятия напряжения, затяжные войны, терроризм и т. д. Соответственно, в процессе развития общества и науки непрерывно меняются представления о психической норме и патологии.

Следующее различие касается основных *ценностей* или *целей*, ради которых осуществляется научное движение. Классические

познания. Р. проистекает из одностороннего подчеркивания постоянной изменчивости действительности и отрицания относит. устойчивости вещей и явлений. Гносеологические корни Р. — отказ от признания преемственности в развитии знания, преувеличение зависимости процесса познания от его условий... Факт развития познания, в ходе которого преодолевается любой достигнутый уровень знания, релятивисты рассматривают как доказательство его неистинности, субъективности, что приводит к отрицанию объективности познания вообще, к агностицизму» (Философский энциклопедический словарь. — 1983. — С. 578).

науки изучают объект ради постижения истины. *Целью наук неклассического типа* является в первую очередь разработка способов практических действий с объектом. В эргономике такой целью является создание удобной и безопасной для человека среды. В науках о психическом здоровье — разработка методов профилактики и лечения психических расстройств.

В классических науках доминируют *тенденции* к специализации, в науках неклассического типа — тенденции к интеграции, вовлечения в свою сферу все новых знаний и методов из смежных наук.

Знание в классической науке — это в первую очередь знание об объекте изучения. *Структура знания* в науках неклассического типа имеет трехслойный характер — это знание об объекте, знание о методах его исследования и знание о том, как практически работать с объектом, предполагающее интеграцию частичных знаний из смежных областей.

Субъект классической науки — ученый, широко образованный в своей области. Для наук неклассического типа характерен коллективный субъект, так как исследования в неклассической науке предполагают взаимодействие специалистов из разных областей, которые хорошо знакомы со спецификой деятельности друг друга. Именно это имеют в виду М. Перре и У. Бауманн, упоминая комплексные исследования на основе биопсихосоциальных моделей как доминирующие в современной клинической психологии и психиатрии (Клиническая психология. — 2002).

В табл. 1 сведены все рассмотренные выше параметры сравнения наук классического и неклассического типа в сопоставлении с современной клинической психологией.

Как уже неоднократно отмечалось, научные дисциплины неклассического типа возникают на том этапе развития науки, когда она ставится перед необходимостью решения практических задач, требующих учета большого количества факторов. Значительную роль в возникновении и течении многих заболеваний могут играть, наряду с биологическими, психологические и социальные факторы, связанные с человеческой деятельностью.

Задача учета всех этих факторов поставила современную психиатрию и клиническую психологию перед необходимостью их комплексного рассмотрения и интеграции. «Действительно, в методологической литературе постоянно подчеркивается тот факт, что в современной науке происходит быстрый рост удельного веса и роли задач синтеза. Это выражается как в переходе от дисциплинарного к проблемному способу постановки и решения научных задач, так и во все более широком развитии междисциплинарных исследований и комплексных дисциплин» (Юдин Э. Г. — 1978. — С. 117). «Это особенно характерно для науки наших дней,

Таблица 1

Классическая и неклассическая наука

Парамет-ры срав-нения	Типы наук		
	Классическая	Неклассическая	Клиническая психология как неклассическая наука
Объект исследования	Естественный — относительно неизменный, независимый от деятельности человека	Деятельностный — меняется в процессе человеческой деятельности, зависит от нее, порождается ею	Возникновение и распространение новых видов психической патологии
Цель исследования	Постижение истины, получение знаний об объекте	Разработка способов практических действий с объектом	Психологические методы диагностики, профилактики и лечения психических расстройств
Тенденции развития	Специализация	Интеграция	Современные учебники по клинической психологии включают разделы «генетика», «биохимия», «нейрофизиология» и др.
Структура знания	Знания об объекте	Знания об объекте, о методах его исследования и о способах практической работы с объектом	Современные учебники включают разделы о механизмах и факторах расстройств, методах исследования, методах лечения
Субъект исследования	Ученый широко образованный в своей области	Взаимодействие специалистов из разных областей, обеспечивающее комплексный подход к объекту	В современной клинической психологии доминируют исследования на основе комплексных биопсихосоциальных моделей

когда фактически любой объект (в нашем случае психические расстройства. — *А.Х.*) исследуется методами не одной, а одновременно нескольких наук. Если относительно одного и того же объекта построено одновременно несколько предметов исследования, то может оказаться, что они пересекаются друг с другом, оставляя в то же время "нетронутыми" некоторые существенные стороны объекта. В этих условиях возникает новая задача, по своему типу почти не известная науке прошлого: задача построения особой картины объекта, которая бы увязывала между собой предметы разных наук, изучающих данный объект» (Юдин Э.Г. — 1997. — С. 81). Однако в силу изолированности биологических и общественных, гуманитарных наук синтез накопленных знаний применительно к проблеме психической патологии происходит крайне сложно и болезненно. Он сопровождается сопротивлением биологически ориентированных ученых и специалистов и в то же время недооценкой гуманитариями биологических аспектов здоровья и болезни.

Выдающийся отечественный философ и методолог **Эрик Григорьевич Юдин** отмечал: «проблема увязывания разных предметов исследования при решении общей задачи по своей природе является чисто методологической» (там же. — С. 82). Логика научных исследований, накопление научных данных, свидетельствующих о сложности объекта изучения, его несводимости к простым теоретическим схемам и закономерностям, ставит науку перед задачей разработки новой методологии, адекватной сложности объекта. В современной науке в качестве такой методологии выступает ***методология системного подхода***.

Накопленное на определенном этапе развития науки богатство эмпирических данных и теоретических конструкций требует принципиально новой организации. На основе общенаучной системной методологии в каждой конкретной науке разрабатываются свои специфические модели и предметы, которые позволяют объединить разрозненные факты и концепции в некую связанную систему. В психиатрии и клинической психологии только начинают разрабатываться такие модели, получившие общее название биопсихосоциальных.

1.3. Психиатрия и клиническая психология на современном этапе развития

Соотношение предметов психиатрии и клинической психологии — острая дискуссионная проблема. Их близость и условность границы между ними подчеркивали не только современные авторы (Бауманн У., Перре М. — 2002). Вот что писал об этом в своей классической монографии «Общая психопатология» К.Ясперс: «Психология и психопатология... принадлежат друг другу и способствуют развитию друг друга. Между ними нет четкой границы, и многие общие проблемы исследуются психологами и психопатологами на равных правах» (Ясперс К. — 1997. — С. 26).

В психиатрии как науке о природе и лечении психических расстройств в процессе накопления знаний выделилось несколько больших направлений: клиническое (акцент на феноменологии расстройств), биологическое (акцент на биологических факторах), социальное (акцент на социальных факторах), психодинамическое (акцент на психологических факторах). В современной литературе также часто встречается деление психиатрии на психо-социальную и медико-биологическую, причем подчеркиваются идеологические разногласия между ними: «Эти подходы преподаются на различных лекциях, разными учителями, ассоциируются с разными пациентами, осваиваются в разных условиях» (Gabbard G., Key J. — 2001. — P. 1956). С одной стороны, такое деление современной психиатрии отражает сложную биопсихосоциальную природу психических расстройств (в пользу которой свидетельствуют современные научные исследования), с другой — отражает разрыв между естественными и общественными науками, а также конфликт профессиональных корпоративных интересов представителей разных подходов в медицине, борющихся за сферы влияния.

Появление таких наук, как *поведенческая медицина*, говорит о происходящей интеграции в медицину областей, которыми традиционно занимались психологи (имеется в виду когнитивно-бихевиоральное направление). Таким образом, психологическим факторам в современной медицине начинает уделяться все больше внимания, и психиатрия начинает интенсивно интегрировать получившие широкое признание психологические теории.

Недооценка социальных факторов биологически ориентированной психиатрией привела к мощной критике как со стороны самих психиатров, так и со стороны социологов и психологов (см. 1.3). Это во многом способствовало оформлению *социальной психиатрии* как области знания и практики, направленной на изучение роли социальных факторов в психической патологии и создание благоприятных социальных условий с целью профилактики психических расстройств и социальной реабилитации психически больных.

Психиатрия постепенно превращается из науки о психических болезнях также и в науку о психическом здоровье, так как все шире ставит задачи профилактики и укрепления здоровья. Это опять приводит к неизбежной экспансии в область, традиционно закрепленную за клинической психологией, — изучение психической патологии в опоре на представления о психической норме. Однако, как мы уже отмечали, таковы законы развития неклассических наук — их предмет нечеток и постоянно расширяется.

Для того чтобы убедиться в особом статусе психиатрии как неклассической дисциплины, достаточно посмотреть на названия лабораторий практически любого современного НИИ психиатрии — биохимии, иммунологии, психофизиологии, клинической психологии и т.д. В последнее время не случайно появляются мнения о том, что основная задача современной психиатрии — создание метатеории, объединяющей психосоциальные и биологические знания о психической патологии (Bruene M. — 2002). Что касается интенсивно развивающейся клинической психологии, то она также начинает претендовать на решение все большего числа практических задач, учет все большего числа факторов и постепенно оформляется как неклассическая наука.

Социальные или средовые факторы были давно обозначены в ней как важные для нормального развития и возникновения различных отклонений и расстройств. В этом смысле принято говорить о психосоциальных моделях психических расстройств, интегрирующих психологические и социальные аспекты. Однако по мере своего развития клиническая психология все больше принимает во внимание и биологические факторы. Достаточно взглянуть на оглавление цитированного выше учебника клинической психологии под редакцией М. Перре и У. Бауманна, которое включает такие разделы, как «генетические факторы», «биохимические аспекты», «нейрофизиологические аспекты», «социально-психологические аспекты» и др. При построении психологических моделей психических расстройств, при участии в комплексных научных исследованиях, при оказании психологической помощи психологи с неизбежностью должны учитывать все эти аспекты.

Таким образом, происходит закономерное сближение клинической психологии и психиатрии, основой для которого выступают комплексные биопсихосоциальные модели психических расстройств и комплексные методы помощи.

Следует отметить, что овладение знаниями о биологических аспектах у психологов носит скорее общеобразовательный характер и является важным условием в планировании и проведении комплексных исследований, а также грамотного взаимодействия в бригаде специалистов. Прикладные (диагностические и интервенционные), связанные с оказанием психологической помощи задачи клинической психологии решаются исключительно психологическими, а точнее психосоциальными методами. Современная биологическая психиатрия концентрируется на биологических (психофармакологических и др.), социальная психиатрия — на психосоциальных, психодинамическая — на психологических методах лечения психических расстройств.

Взаимоотношение предметов психиатрии и клинической психологии на современном этапе (довольно условно) представлено на рис.

На рис. сфера научного знания представлена вертикальной плоскостью, а сфера практики — горизонтальной. Вертикальная плоскость разделена на биологические и общественные науки, которые проецируются на горизонтальную плоскость, отграничивая научно обоснованную прак-

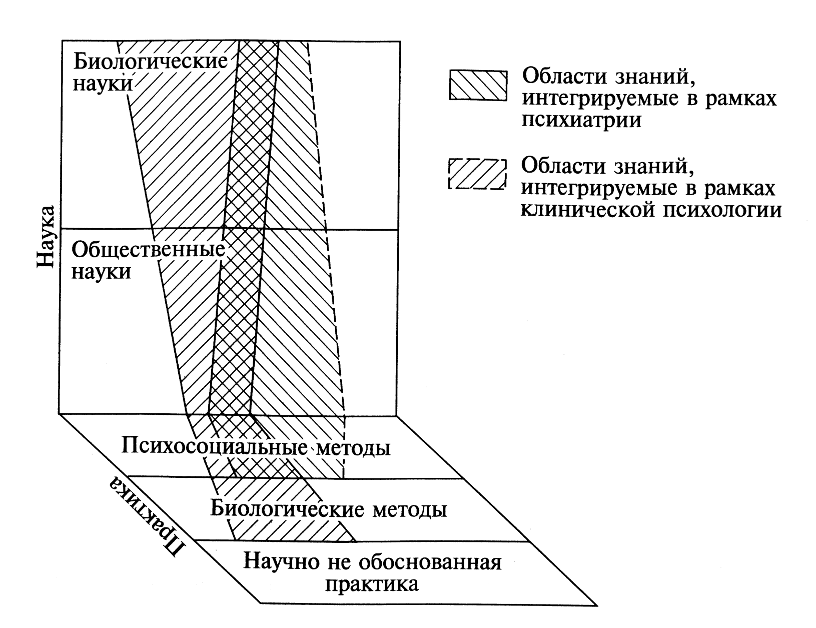


Рис. Области знаний, интегрируемые в предметах клинической психологии и психиатрии

тику от научно не обоснованной. В рамках научно обоснованной практики биологическим наукам соответствуют биологические методы лечения, а общественным наукам — психо-социальные. Часть вертикальной плоскости с левой штриховкой представляет собой психиатрию, интегрирующую знания из биологических и общественных наук с акцентом на биологические, что отражает форма этой плоскости. Обратную форму имеет область, перекрывающая знания, интегрируемые в клинической психологии (противоположно направленная штриховка) — здесь сужается часть относящаяся к биологическим наукам и расширяется область захвата общественных наук. Наконец, форма проекции научных знаний, интегрируемых в психиатрии, на практику отражает приоритет биологических знаний в доминировании биологических методов лечения. Напротив, проекция клинической психологии полностью ограничена применением психо-социальных методов помощи, так как использование биологических методов является исключительной прерогативой медицины. Зона перекрытия штриховок условно обозначает общую зону знаний и методов, которую уже нельзя жестко закрепить за одной из этих научных дисциплин, эта зона имеет тенденцию к постоянному расширению, в чем и отражается процесс интеграции научного знания, возникновения комплексных научных предметов и метатеорий.

Процессы, происходящие в науках о психическом здоровье, отражают общие тенденции развития современной науки, которые связаны с ее неклассическим характером: «Тот факт, что все научные понятия и теории — это лишь приближение к истинной

природе реальности, значимые лишь для определенного диапазона явлений, стал очевидным для физиков в начале века, благодаря драматизму открытий, приведших к формулированию квантовой теории. С тех пор физики научились рассматривать эволюцию научного знания как последовательную смену теорий или «моделей», каждая из которых более точна и более широко применима, чем предыдущие, но ни одна не представляет полное и окончательное описание естественных явлений. ...Наука будущего может представлять собой мозаику пересекающихся теорий и моделей «бутстрэпного»[1] типа. Ни одна из них не будет более фундаментальной, чем другие, и все они должны быть взаимно согласованными. В конце концов, наука такого рода выйдет за пределы условных разграничений между дисциплинами, используя те языки, которые оказываются подходящими для описания различных аспектов многоуровневой, взаимосвязанной структурной ткани реальности» (Капра Ф. — 1996. — С. 60—61).

1.4. Психотерапия и клиническая психология на современном этапе развития

Существуют три основные позиции по вопросу взаимосвязи клинической психологии и психотерапии. Первая позиция предполагает присвоение психотерапии междисциплинарного статуса на границе психологии и медицины, в соответствии с которым право на профессиональную деятельность в области психотерапии получают прошедшие дополнительную подготовку психологи и врачи (Холмогорова А. Б. — 2001).

В учебнике под редакцией М. Перре и У. Бауманна, а также в ряде других авторитетных западных учебников по клинической психологии представлена вторая позиция, в соответствии с которой психотерапия рассматривается как часть клинической психологии. Причем богатство методов психологической помощи, относящихся к компетенции клинической психологии, не исчерпывается психотерапевтическими методами (помимо психотерапии сюда относятся, например, система методов компенсации нарушений высших психических функций, организация лечебной среды и др.).

[1] Термин «модели бутстрэпного типа» (от англ. bootstrap — зашнуровывание), который использует известный современный философ и физик-теоретик Ф. Капра, служит для характеристики моделей, направленных на разрешение противоречий современной физики. В противовес моделям, рассматривающим устройство Вселенной в опоре на представления о фундаментальных сущностях, бутстрэпные модели трактуют это устройство как динамическую сеть взаимосвязанных событий.

Наконец, третью позицию разделяют многие представители медицины. Опираясь, в частности, на то, что слово «терапия» означает лечение, они относят психотерапию к медицине и даже настаивают на запрете заниматься ею психологам (Менделевич В.Д. — 2001).

У представителей каждой позиции есть свои аргументы, хотя помимо содержательных аспектов проблемы, речь идет и о корпоративных интересах представителей разных профессиональных кругов. Ведь от решения вопроса о статусе психотерапии зависит то, каким специалистам будет передано право ею заниматься. Противоречия связаны также с тем, что психотерапия как область знания и практики имеет весьма разные корни и, соответственно, разные традиции и линии развития.

Прежде всего необходимо различать психотерапию как область практики и психотерапию как научно обоснованную дисциплину. Психотерапевтическая практика стара как само человечество и уходит корнями в искусство древних шаманов и колдунов, а также различные духовные практики, насчитывающие многие сотни лет. Воздействие на психику человека, в том числе с лечебной и развивающей целью, имеет столь же древнюю историю, что и медицина. Однако попытки теоретического осмысления этих практик и научного обоснования психотерапии осуществляются едва ли больше одного столетия, и в этом, безусловно, ведущая роль принадлежит медицине и психологии.

Построение теории современной психотерапии только на биологической основе представляется невозможным. В отличие от биологических методов лечения в основе психотерапии лежат психологические методы воздействия. Поэтому важнейшей теоретической базой психотерапии является психология. Простой, но очень убедительной иллюстрацией этого положения является совпадение основных направлений клинической психологии и ведущих направлений современной психотерапии (психодинамическое, когнитивно-бихевиоральное, экзистенциально-гуманистическое).

Таким образом, при изложении научных теоретических основ психотерапии мы вынуждены обращаться в первую очередь к научной психологии. Исключительно биологически ориентированные медицина и психиатрия глубоко чужды психотерапии, так как рассматривают психические нарушения как эпифеномен биологических процессов и не придают какого-либо значения психологическим факторам в возникновении психических и соматических расстройств. В то же время современная психотерапия немыслима без медицинской классификации психических расстройств, без накопленных в медицине знаний о закономерностях их течения и возникновения. Отметим, что эти знания, да и сама классификация, в свою очередь, подвержены влиянию клинической психологии и психотерапии, постоянно накапливающих

новые знания о психических расстройствах. В качестве примера можно привести психологические исследования нарушений когнитивных функций при шизофрении, которые привели к построению новых системных моделей этого заболевания в медицине и клинической психологии. Другим примером является описанное психотерапевтами-аналитиками нарциссическое расстройство личности, которое в настоящее время введено в американскую классификацию психических расстройств.

Итак, развитие психотерапии как научной дисциплины происходит на стыке психологии и медицины, хотя, безусловно, под влиянием философии, культуры и языкознания, а также других областей гуманитарного знания о человеке. Психотерапия, да и сама психология находятся пока на допарадигмальном уровне развития. Это значит, что нет пока общей психологической и, соответственно, психотерапевтической теории, признаваемой большинством представителей научного сообщества. Отрыв психотерапии от психологических теоретических основ или ослабление этой связи может привести к весьма печальным для развития психотерапии последствиям. В нашей стране приходится скорее говорить о задаче постепенного восстановления этой связи, так как не секрет, что психология у нас долгие годы была оторвана от практики и находилась почти под запретом, а медицина была ориентирована преимущественно биологически. Поэтому партнерство врача и психолога имеет исключительное значение для развития психотерапии как области научного знания и практики.

В качестве основных составляющих психотерапевтического знания можно выделить: теорию нормального психического развития; теорию психической патологии; мишени психотерапии при различных формах психической патологии; стратегии психотерапии; техники психотерапии; этические принципы.

Эти составляющие указывают, насколько важна связь между психологией и психотерапией, ведь именно психология разрабатывает теорию нормального психического развития, без которой психотерапия теряет свой основной ориентир — позитивную, содержательно насыщенную характеристику психического здоровья, как некой идеальной цели лечения. Необходимость разработки теории психической нормы и патологии как базового для психотерапии знания выдвигает клиническую психологию на особое место в научном фундаменте психотерапии. Разрывая связь с научной клинической психологией, психотерапия остается в беспомощном состоянии и мало чем отличается от научно необоснованных форм психологической помощи (шаманство, знахарство), так как теряются базовые основания для выработки мишеней, стратегий и техник психотерапии.

Идея связи науки и ее прикладных форм была четко зафиксирована Э. Г. Юдиным: «В своем отношении к широко применяемой социальной практике наука продолжает оставаться и всегда останется, поскольку это будет именно наука, такой формой духовного производства, которая вырабатывает и предлагает практике теоретически обоснованные идеальные планы и программы деятельности, независимо от того, выражены ли они в форме теоретических конструкций фундаментальной науки или в инженерно-конструктивных схемах» (Юдин Э. Г. — 1978. — С. 345).

Итак, наиболее конструктивной можно считать позицию, согласно которой психотерапия является междисциплинарной областью, интегрирующей медицинские и психологические знания в опоре на психологические модели нормы и патологии. В таком случае право заниматься психотерапией получают врачи и психологи, однако при обязательном условии дополнительной углубленной подготовки в соответствующей смежной дисциплине. Именно так решается проблема статуса психотерапии в большинстве западных странах (Senf W., Broda M. — 1996). При этом освоение психотерапии предполагает овладение отдельной специальностью на базе медицинского или психологического образования. На современном этапе развития медицины, психологии и психотерапии последний подход представляет собой наиболее адекватный компромисс.

В начале этого параграфа мы выделили три позиции относительно статуса психотерапии: 1) междисциплинарная пограничная между медициной и психологией область знания; 2) часть клинической психологии; 3) часть медицины. Необходимо также упомянуть о наличии еще одной — четвертой позиции, в рамках которой психотерапия отделяется и от психологии и от медицины в совершенно самостоятельную область и учебную специальность. Однако, по мнению большинства авторитетных авторов, условия для этого еще не созрели: «В научном отношении тесная связь психотерапии с психологией очень важна; расторжение этой связи пошло бы во вред дальнейшему развитию психотерапии и затруднило бы то, что мы называем гарантией качества» (Бауманн У., Перре М. — 2002. — С. 38).

В последние десятилетия наряду с психотерапией в отдельную область выделяется ***консультативная психология***[1].

---

[1] Первый факультет психологического консультирования в нашей стране был создан в Московском городском психолого-педагогическом университете (декан и организатор факультета — Ф. Е. Василюк). Специализация психолог-консультант предполагает глубокое владение знаниями по клинической психологии. Потребность в психологическом консультировании выходит за пределы сферы психического здоровья и охватывает такие сферы, как образование, организационная психология, социальное проектирование.

В США она традиционно тесно связана с клинической психологией. Новые издания учебников по клинической психологии все чаще включают отдельные большие разделы, посвященные психотерапии и психологическому консультированию. Например, в американском учебнике «Основы клинической и консультативной психологии» дается следующее определение консультативной психологии: «Хотя консультативная психология во многом подобна клинической, она отличается тем, что требует наличия докторской степени именно по консультативной психологии или обучения на психолога-консультанта; кроме того, она делает упор на определенные психологические теории (например, клиентцентрированную...), а также имеет дело с относительно более здоровой клиентурой» (Тодд Д., Богарт А. — 2001. — С. 17).

1.5. История и основные этапы развития клинической психологии

Многие авторы зарубежных руководств по клинической психологии предлагают отсчитывать ее историю от 1896 г., когда американский психолог **Лайтнер Витмер**, завершив свою докторскую диссертацию у В. Вундта в Лейпциге, создает первую «Психологическую клинику» в Филадельфии. Имя Л. Витмера практически ничего не говорит российскому читателю. Традиционно зарождение клинической психологии связывают с именами знаменитых зарубежных ученых-врачей Э. Крепелина, П. Жане, З. Фрейда, а среди отечественных ученых — с именами В. М. Бехтерева, Л. С. Выготского, А. Ф. Лазурского. Э. Крепелин — ученик В. Вундта и один из основателей психиатрии — развивал учение о биологической природе психических расстройств. Основанная им психологическая лаборатория занималась изучением изменений психических процессов (памяти, внимания, мышления) под влиянием биологического процесса, с которым отождествлялись психические расстройства. Соответственно такому пониманию психических расстройств предполагалось исключительно биологическое лечение, а в психологических исследованиях изучалось влияние этого лечения на психические процессы.



Лайтнер Витмер (1867—1956)

В отличие от Э. Крепелина Л. Витмер делал акцент на практических задачах психологической помощи. Любимый ученик и преемник известного американского психолога Дж. Кеттелла, сменивший его на посту в Пенсильванском университете, весьма критически настроенный к интроспективной психологии после обучения в лаборатории Вундта, он полагал, что психология должна помогать людям решать их проблемы, а не изучать содержание их умов. Именно Л. Витмер ввел понятия ***клинической психологии***, ***психологической клиники***, а также ***клинического метода в психологии*** в американскую психологическую науку, а позднее эти понятия получили международное распространение и признание. В Пенсильванском университете в Филадельфии Л. Витмер тесно сотрудничал со своим учителем — знаменитым детским психологом Дж. Кеттеллом (в прошлом также учеником В. Вундта), а затем он создал первую психологическую клинику, где консультировал детей с нарушениями речи, обучаемости и поведения. Его работа была преимущественно педагогически ориентированной и проводилась, как правило, совместно с учителем ребенка после психодиагностики.

Л. Витмер заложил основы ***бригадного подхода*** — *оказание комплексной координированной помощи с участием психолога, психиатра и социального работника*. Одним из центральных вопросов, которые он ставил, был вопрос о том, в какой степени поведенческие трудности ребенка обусловлены органическими, а в какой — психологическими факторами. Он создал первый клинико-психологический журнал «Психологическая клиника», просуществовавший до 1935 г. В первом выпуске журнала в 1907 г. он предложил новое поле деятельности и новую специализацию для психологов — клиническая психология. Однако в то время Л. Витмер не получил признания и поддержки от академически ориентированных членов созданной в 1892 г. Американской психологической ассоциации. Его идеи психообразовательной, коррекционной, психогигиенической и социальной работы были слишком прогрессивны и даже много позднее встречали мало понимания и поддержки.

В то время идея практического приложения психологических знаний встретила активное сопротивление в психологических кругах. Когда же эти идеи приобрели популярность в связи с запросами практики во время и после Первой мировой войны, Л. Витмер не смог интегрироваться в ширящееся движение психологов-практиков, инициатором которого он был, он также не создал собственного метода и теоретических разработок. Однако, несмотря на это, в аспекте социального проектирования и постановки практических целей и задач именно он стоял у истоков клинической психологии, как области знания и практики.

Долгое время в клинической психологии доминировала психометрическая традиция, направленная на выявление индивидуальных различий в протекании психических процессов. Психометрическая традиция начинается с работ Дж. Кеттелла, который ввел понятия ***психологического теста*** и ***психологического тестирования***. В 1904 г. французское министерство просвещения поручило Т. Симону разработать систему психологических инструментов, позволяющих отбирать детей в специальные и обычные классы. В результате была разработана знаменитая шкала тестов Бине-Симона, направленная на оценку памяти, внимания, воображения, моторных навыков ребенка и т. д. Несколько лет спустя немецкий психолог В. Штерн предложил соотносить реальные достижения ребенка со средними для его возраста и тем самым определять психологический возраст ребенка или коэффициент интеллекта — знаменитый *IQ*. Начиная с этого момента и на много лет вперед главной функцией западных клинических психологов стало *измерение IQ*. Таким образом, первые клинические психологи были тестологами, а главная их задача состояла в создании, стандартизации и использовании психологических тестов и описании результатов тестирования для «старших по званию» медиков.

В 1914 г. в Америке было 20 психологических клиник при университетских городках, остальные психологи работали в медицине. Однако особенно бурно клиническая психология начала развиваться после Первой мировой войны, когда от правительства поступил заказ на разработку инструментов, направленных на оценку способностей и адекватное профессиональное устройство демобилизованных солдат. Именно тогда были разработаны первые опросники, направленные на выявление эмоциональных нарушений. Военное ведомство стало одним из главных заказчиков для клинической психологии, щедрое финансирование способствовало ее бурному развитию.

В 1920—1930-е гг. клинические психологи продолжали заниматься главным образом оценкой интеллектуального развития детей, хотя все большее их число вовлекалось в работу в рамках психиатрии, в том числе со взрослыми. Это было время формирования бригадного подхода в американской психиатрии. Руководил бригадой врач-психиатр, который принимал основные решения по лечению и занимался психотерапией. Клинический психолог занимался прежде всего психологической диагностикой и просветительской психологической работой с больными. Однако на основании психологической диагностики он мог уже формулировать рекомендации относительно стратегии лечения. Третьей фигурой был социальный работник, который изучал историю больного с точки зрения социального окружения, помогал оптимизировать это окружение и обеспечить социальные права больного.



Карл Роджерс
(1902—1987)

Лишь позднее, когда набрала силу и влияние психодинамическая традиция, сфокусированная на роли мотивации в развитии личности, внимание клинических психологов переместилось на процессы динамики и психотерапию. Долгое время З. Фрейд и его единомышленники оставались небольшой группой, не получающей поддержки и внимания у широкой общественности. Известно, что Америка первая открыла свои двери перед психоанализом, но не излишне при этом подчеркнуть, что первыми открыли эти двери не медики, а психологи, среди них известный американский психолог Ст. Холл. Первые психоаналитические публикации также появились в журнале «*Journal of Abnormal Psychology*». Встреча психометрической и психодинамической традиций произошла через несколько десятилетий при создании так называемых проективных тестов.

Американские психологи раньше других стали развивать прикладную психологию, т. е. психологию, направленную на решение практических задач, и способствовали сближению академической науки с практикой. Понятия клинической и прикладной психологии во многом сомкнулись в американской традиции. По крайней мере, многие клинические психологи объединились в Ассоциацию прикладной психологии. Американские психологи также гораздо быстрее, чем их европейские коллеги, перестали удовлетворяться ролью диагностов и активно повернулись в сторону психотерапии. Этот поворот во многом был подкреплен трудами **Карла Роджерса**, который пошел еще дальше З. Фрейда в плане акцентирования важности психологических аспектов в лечении. После окончания Второй мировой войны резко вырос спрос на профессиональных консультантов по проблемам психического здоровья. Благодаря трудам З. Фрейда, К. Роджерса и других был накоплен уже достаточный опыт по оказанию психологической помощи, в которой после войны остро нуждались более 300 000 американских ветеранов. Управление по делам ветеранов сделало большой заказ клиническим психологам. Как отмечают авторы одного из американских учебников по психологии, «сегодня клиническая психология — самое популярное из прикладных направлений, более трети всех аспирантов-психологов специализируются именно на клинической психологии» (Шульц Д., Шульц С. — 1998. — С. 230). Клинические психологи работают в центрах

психического здоровья, школах, коммерческих организациях, занимаются частной практикой.

В Европе клинические психологи вплоть до конца 1960-х гг. занимались почти исключительно психодиагностикой и, как отмечает немецкий клинический психолог, автор одного из наиболее солидных современных учебников по клинической психологии Р. Бастине, «психологическая диагностика превращается почти в самоцель» (Bastine R. — 1998. — S. 14). Это нашло отражение в учебниках того времени, где диагностика и лечение строго отделены друг от друга, и последним имеют право заниматься только медики, а медицинская психология трактовалась немецкими учебниками того времени как психология для врача, или врачебная психология. «Новый исторический период для клинической психологии начинается вместе с возникновением собственно психологических, основанных на научной психологии методов» (Там же. — S. 14). И здесь следует еще раз отметить вклад К. Роджерса с его поворотным для развития клинической психологии трудом «Консультирование и психотерапия» (1942).

Не менее важным для развития клинической психологии как области знания и практики оказался 1958 г., когда Дж. Вольпе и Г. Айзенк впервые систематически начали применять понятие *бихевиоральной психотерапии*. Бихевиоральная психотерапия, исторически отпочковавшаяся от психологии, а не от медицины, как психоанализ, стремилась к использованию данных экспериментальной психологии и научных психологических теорий. Были созданы новые модели различных нарушений и психологической помощи при этих нарушениях.

В Германии существует довольно четкая исторически сложившаяся традиция — большинство психологов занимается клиент-центрированной и поведенческой психотерапией, а большинство врачей — психоанализом. В Америке, где психологи раньше и активнее стали заниматься оказанием практической психологической помощи, эти различия не столь выражены.

В целом нужно подчеркнуть, что американская психология оказала наибольшее влияние на развитие клинической психологии после 1930-х гг. — это были годы фашизма и стагнации науки в Европе. Важнейшим поворотным пунктом в развитии клинической психологии стала так называемая *Боулдерская конференция* (*Boulder-Conference*) Американской психологической ассоциации, состоявшаяся в США в г. Боулдер в 1949 г. Эта конференция имела такое большое значение для развития клинической психологии, что некоторые авторы делят историю клинической психологии на добоулдерскую и послебоулдерскую. Конференция проходила при участии представителей университетов, Ассоциации прикладной психологии и Американской службы психического здоровья. В результате были выработаны основные прин-

ципы подготовки клинических психологов. На конференции клиническая психология была признана частью научной психологии, что определило многое для образования, практики и исследований в данной области знания.

Начиная с этого момента основная цель подготовки американских клинических психологов — это подготовка ученых — исследователей и практиков одновременно. Такая модель научно-практической подготовки стала известна как *боулдерская модель*, или *модель «ученого-практика»*. Эти клинические психологи готовятся в университетах. Соответственно, их постдипломная подготовка включает годичную интернатуру в клиническом учреждении, три года профессиональной подготовки и выполнение диссертационного исследования (т.е. в сумме как минимум пять лет профессиональной подготовки), в результате они получают звание доктора (Ph. D) по клинической психологии.

В 1973 г. была предложена другая модель подготовки клинических психологов, ориентированная в основном на практические задачи и более краткосрочная. Эта модель получила название *Вейльской* (по имени города, где проходила конференция Американской психологической ассоциации и было принято решение о введении новой формы подготовки), или *профессиональной модели*. Подготовка этих специалистов происходит в институтах или профессиональных школах, отделенных от университетов, и акцент делается на клинической, а не исследовательской подготовке. Эти школы присваивают звание доктора психологии (Psy. D) и их постдипломная подготовка рассчитана на срок 4—5 лет после получения звания бакалавра. Сейчас обе модели существуют параллельно, основное различие — в звании, которое присваивается (Тодд Д., Богарт А. — 2001. — С. 13—14).

С именами французских психиатров Т. Рибо и П. Жане связаны первые прикладные исследования в области психологии. Работы Т. Рибо посвящены исследованию психических процессов — памяти, эмоций и др. П. Жане основным методом психологии считал клиническое наблюдение за поведением больных. Его учениками были А. Пьерон, А. Валлон, Ж. Пиаже — основатели французской психологии развития. Как уже упоминалось, именно во Франции была разработана первая батарея диагностических тестов интеллектуального развития ребенка Бине—Симона.

В Германии клиническая психология долгое время не была выделена в отдельную дисциплину. Еще в 1930-е гг. Л. С. Выготский отмечал более прогрессивный характер американской психологии и педагогики при рассмотрении вопросов обучения детей с дефектами развития. «Мне кажется, что здесь столкнулись два направления в специальной педагогике: одно — ориентирующееся на болезнь, другое — на здоровье... Здесь столкнулись немецкая и американская системы. Одна система ориентируется в воспитании

на недостатки слепого ребенка, другая — на оставшееся у него здоровье. Хотя встреча двух систем и происходила в Германии, она оказалась сокрушительной для немецкой» (Выготский Л. С. — 1983. — С. 54). Немецкая психология была ориентирована академически, а психиатрия — биологически. Многие представители медицины противодействовали интеграции психологов в сферу службы психического здоровья. В годы фашизма расистскими теориями поддерживалась биологическая ориентация немецкой психиатрии, в целях «улучшения» арийской расы было стерилизовано около полумиллиона психически больных и около ста тысяч физически уничтожено, многие прогрессивные деятели медицины и психоаналитики покинули страну (Петерс У. — 1996).

Психиатры и все специалисты, работающие в области психического здоровья вплотную столкнулись с этическими проблемами, которые заставляют ученых неклассического периода развития науки обратиться к ее философско-методологическим основаниям (Степин В. С, Горохов В. Г., Розов М. А., 1996; Юдин Э. Г., Юдин Б. Г. — 1978). Оптимизм классического периода развития наук с верой в ее неограниченные возможности сменяется растерянностью и порой мучительными размышлениями о необходимых нравственных ограничениях. «Газовые камеры Гадамара[1] для психиатрии стали тем же, чем атомная бомба Хиросимы для физиков» (Дернер К. — 2006. — С. 22).

После войны понятие клинической психологии на некоторое время растворилось в понятии прикладной психологии, понимаемой предельно широко. При этом многие немецкие психиатры продолжали активно противостоять проникновению психологов и психологии в психиатрию. Вот определение предмета клинической психологии, взятое из учебника В. Хельпаха (ученика Э. Крепелина): «Предмет клинической психологии — различные психологические особенности при соматических заболеваниях. Клиническая психология таким образом не занимается собственно психическими заболеваниями или отклонениями от нормы, как-то психозами, психопатиями и психоневрозами, ими занимается психопатология, а также собственно психиатрия (искусство лечения психических расстройств, клиника душевных расстройств), а также часть «невропатологии» и клиники нервных болезней» (Hellpach W. — 1949. — S. 1).

Сам Э. Крепелин, которого относят к родоначальникам клинической психологии, активно применял психологические методы исследования в психиатрической клинике. При этом он «понимает под клинической психологией (хотя тогда и не употреблял

[1] Гадамар — город в Германии, где проводилось массовое уничтожение психически больных в 1940 г.

этого термина) применение врачом-психиатром психологических методов и данных применительно к психиатрическим проблемам в клинике» (Pongratz L. — 1975. — S. 22). В связи с такой установкой психология и психотерапия более интенсивно развивались в соматической медицине, и сейчас Германия знаменита своей сильной психосоматической традицией.

Перелом наступил в 1977 г., когда было принято решение о новых ориентирах, заимствованных из англо-американской традиции, при подготовке психологов. Этому предшествовал доклад ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения) о роли психологии в европейской психосоциальной службе психического здоровья.

Клиническая психология *определяется как область знания и практики, включающая диагностику, консультирование и психотерапию, а также психологические теории и модели психических расстройств и методологию их изучения.* Клиническая психология была введена в университетах в качестве самостоятельной специализации, кроме того, была предусмотрена годичная постдипломная практическая подготовка клинических психологов на клинических базах. Современная клиническая психология в Европе и Америке — важнейшая теоретическая основа психотерапии.

В большинстве развитых стран психотерапия рассматривается в качестве второго образования, на которое имеют право дипломированные психологи и врачи. В психотерапии как области помощи, основанной на психологических методах, нарастает тенденция к строгой проверке эффективности разных подходов и их научной обоснованности. Растет конкуренция, которую выдерживают направления, способные развивать теорию и проводить исследования эффективности методов психотерапии.

История клинической психологии в России пока не написана. Тем не менее она была не менее драматичной, чем судьба всей отечественной психологии. Благодаря трудам И. П. Павлова, В. М. Бехтерева и его ученика А. Ф. Лазурского, а также Л.С.Выготского были заложены научные основы клинической психологии, и ее развитие в России обещало быть весьма благоприятным[1]. Однако дальнейшее развитие прикладных направлений, в частности детской психодиагностики, из которой и выросла мировая клиническая психология, было фактически закрыто в 1930-е гг. приказом «О педологических извращениях в системе Наркомпросов» (подробнее см.: А. В. Петровский, М. Г. Ярошевский — 1994).

[1] В России медики сыграли важную роль в становлении клинической психологии, так как академическая психология начала XX в. была ориентирована сугубо теоретически.

Как вспоминала знаменитый отечественный патопсихолог С. Я. Рубинштейн, хранить дома книги с экспериментально-диагностическими методиками и тестами было опасно, чтобы сберечь книги по психодиагностике, с них срывали обложки и переплетали в обложки от других книг (из устной беседы). Многие специалисты были репрессированы. Научная российская психология с ее активным поиском, прикладной направленностью, богатством школ и имен на какое-то время фактически прекратила свое существование.

До начала самых жестоких репрессий при Московском отделении ВИЭМ (Всесоюзный институт экспериментальной медицины) на базе клиники С. С. Корсакова работал выдающийся отечественный психолог Л. С. Выготский (см. также 1.2). Здесь он руководил патопсихологической лабораторией и вел экспериментально-психологические исследования. Хотя его наиболее важные труды не были опубликованы при жизни, именно он заложил научные основы психологии аномального развития ребенка, а также пато- и нейропсихологии. Подобно Л. Витмеру, Л. С. Выготский акцентировал практические задачи психологии и концентрировал свое внимание на вопросах помощи детям с различными отклонениями в развитии.

Однако, в отличие от Л. Витмера, Л. С. Выготский разрабатывал собственную теорию. Он подчеркивал, что важен не сам дефект, а то, что этот дефект мешает ребенку овладеть культурой, социальным опытом человечества, ведь культура, по его мнению, приноровлена к нормальному, типическому человеку. Как отмечал А. А. Леонтьев, Л. С. Выготский поставил дефектологию «с головы на ноги» (Леонтьев А. А. — 1990. — С. 54). Уже в 1924 г. Л. С. Выготский совмещал работу в Институте психологии с работой в Наркомпросе в качестве заведующего подотделом воспитания дефективных и умственно отсталых детей. В 1925—1926 гг. он организовал лабораторию по психологии аномального детства на Медико-педагогической станции Наркомпроса РСФСР на Погодинской улице в Москве. В 1929 г. на базе этой лаборатории был создан Экспериментально-дефектологический институт Наркомпроса, и Л. С. Выготский стал его научным руководителем. Трагические обстоятельства — разгром педологии[1] в 1930-е гг. и ранняя смерть — помешали ему реализовать научную программу развития психологии как неклассической науки, нацеленной на решение сложных практических задач.

В сотрудничестве с Л. С. Выготским продолжила свою научную работу, окончившая Берлинский университет, молодая исследо-

[1] Педология, или наука о ребенке, была задумана ее создателями (Ст. Холлом и др.) как интегрирующая все имеющиеся знания о детях и их развитии и направленная на решение практических задач.



Блюма Вульфовна Зейгарник (1900—1988)

вательница **Блюма Вульфовна Зейгарник**, которой суждено было стать родоначальницей московской школы клинической психологии. В Берлине ее учителями были К. Левин, М. Вертгаймер, В. Келер, Э. Шпрангер. Получив прекрасное европейское образование, Б. В. Зейгарник вместе с мужем в 1931 г. приехала из Германии в Россию, чтобы строить новое общество и новую науку. Вскоре после ее приезда начались масштабные репрессии. Однако ее дух не сломили ни личная трагедия — арест мужа в 1940 г. и его гибель, ни тяжелейшая для науки атмосфера того времени. Несмотря на идеологический и политический пресс, она продолжила занятия психологией и разработку теоретических основ отечественной патопсихологии, исходя из концепции культурно-исторического происхождения психики, преданной на долгие годы запрету и забвению в официальной науке.

Другой ученик Л. С. Выготского — **Александр Романович Лурия** стал основателем новой науки — нейропсихологии. В настоящее время вместе со своим учителем он является наиболее известным на Западе отечественным психологом, его труды переведены на множество языков.

В годы войны А. В. Запорожец, Б. В. Зейгарник, А. Р. Лурия и С. Я. Рубинштейн работали над проблемами реабилитации раненых на Урале в военном госпитале г. Кисегача Челябинской области. Эта работа имела важное значение для развития отечественной нейро- и патопсихологии, так как перед психологами были поставлены реальные практические задачи. Она дала толчок для разработки программ по восстановлению высших психических функций у пострадавших от черепно-мозговых травм и ранений, а также способствовала развитию теории мозговой организации этих функций, что в конечном итоге привело к оформлению науки нейропсихологии.

После войны Б. В. Зейгарник продолжила работу в НИИ психиатрии, где с 1943 г. она возглавляла лабораторию экспериментальной патопсихологии. Здесь проводились первые систематические экспериментально-психологические исследования нарушений психических функций у психически больных. В это время ведущие отечественные психологи А. Н. Леонтьев и С. Л. Рубинштейн активно развивали основы теории деятельности, которая наряду с культурно-исторической концепцией

Л. С. Выготского стала теоретическим фундаментом московской школы клинической психологии.



Александр Романович Лурия (1902—1977)

Тяжелейшим для психиатрии, клинической психологии и всей психологии в целом был 1950 г., когда во время так называемой Павловской сессии (объединенной научной сессии АН и АМН СССР) едва поднявшая голову после разгрома в 1930-е гг. психология была фактически закрыта второй раз. Все психические процессы было указано описывать с опорой на теорию И. П. Павлова[1] в терминах возбуждения и торможения. За Павловской сессией в октябре 1951 г. последовало объединенное заседание Президиума АМН СССР и пленума правления Всесоюзного общества психиатров, на котором психологическим исследованиям в психиатрии инкриминировались псевдонаучность и пропаганда буржуазно-идеалистических воззрений на природу поведения человека. Психология из психиатрии была фактически изгнана.

После смерти Сталина закончилась эпоха разгрома науки по идеологическим основаниям, наступила эпоха «оттепели», но понадобилось немало времени, чтобы психология смогла опять подняться с колен. Лишь в 1966 г. в МГУ им. М. В. Ломоносова усилиями А. Н. Леонтьева и других психологов на базе отделения психологии философского факультета был создан факультет психологии, куда на должность профессора пригласили Б. В. Зейгарник. Вместе с А. Р. Лурия они создали кафедру пато- и нейропсихологии. На кафедре проводились фундаментальные исследования по проблемам развития и распада психики, структуры и механизмов психической деятельности, мозговой локализации высших психических функций. Патология выступала в виде той модели, которая помогала выявлять закономерности функционирования психики в норме, высвечивая роль и место нарушенных звеньев психической деятельности и поврежденных отделов головного мозга. Прикладные исследования были направлены на разработку методов и принципов психологической диагностики и реабилитации.

Развитие ленинградской школы клинической психологии было существенно иным. Главным ее теоретиком был **Владимир Николаевич Мясищев**, врач-психиатр по образованию. Москов-

[1] Сам И. П. Павлов к этим репрессиям не имел никакого отношения.



Владимир Николаевич Мясищев (1893—1973)

ская психиатрическая школа в большей степени ориентировалась на крепелиновскую традицию, в которой постулировалась биологическая природа большинства психических расстройств. Ленинградские психиатры были в значительной степени ориентированы на поиск психологических факторов психических расстройств, они были лучше знакомы с трудами представителей психодинамической традиции. Ученик одного из основателей отечественной клинической психологии А. Ф. Лазурского В. Н. Мясищев был талантливым психотерапевтом, явно испытавшим влияние психодинамической традиции. Идеи З. Фрейда вплоть до середины 1920-х гг. довольно интенсивно развивались в России. Но, как уже говорилось, вся прикладная психология находилась фактически под запретом, начиная с 1930-х гг. Однако при всем критическом настрое советской психологии по отношению к западной, полная изоляция была все-таки невозможна. В особенности это касалось Ленинграда — западной столицы России.

«В конце 50-х — начале 60-х гг. В. Н. Мясищев один из первых в отечественной психологии ввел в практику повседневной научно-исследовательской психодиагностической работы использование новых методов изучения личности, в том числе тех, которые были разработаны за рубежом. Мясищев не только допускал применение зарубежных методик, но в ряде случаев считал их использование необходимым» (Бодалев А. А. — 1995. — С. 12). По тем временам это требовало определенной смелости. Концепция В. Н. Мясищева фактически примыкала к социально ориентированной части психодинамической традиции — социальному психоанализу. Именно эта ориентация привела к тому, что в Ленинградском научно-исследовательском Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева в 1960—1970-х гг. стала довольно интенсивно развиваться психотерапия, изучались психологические аспекты этиологии неврозов. Главная заслуга в этом принадлежит ученикам В. Н. Мясищева врачам-психиатрам М. М. Кабанову, Б. Д. Карвасарскому и В. А. Ташлыкову, а также психологам Бехтеревского института Г. Л. Исуриной, Е. В. Кайдановской и другим.

В самом общем виде можно выделить следующие этапы развития клинической психологии.

1. *Зарождение клинической психологии* — конец XIX в. Возникновение дифференциальной психодиагностики, первое

применение психологических тестов (Дж. Кеттелл); З. Фрейд и Й. Брейер, опираясь на опыт французских психиатров Ж. Шарко, П. Жане, И. Бернгейма, А. Льебо, закладывают основы теории неврозов в ходе изучения истерии; открываются экспериментально-психологические лаборатории при клиниках в Германии (Э. Крепелин), во Франции (П. Жане), в России (В. М. Бехтерев, С. С. Корсаков, В. Ф. Чиж, И. А. Сикорский) в противовес академической интроспективной психологии; С. С. Корсаков основывает Московское психологическое общество и пытается создать кафедру психологии на медицинском факультете Московского университета (1889); Л. Витмер создает первую в истории «Психологическую клинику» в Филадельфии для детей с различными физическими и психическими нарушениями (1896).

2. *Становление клинической психологии: этап доминирования психодиагностики* — начало XX в. Дальнейшее развитие клинической диагностики, появляется шкала Бине — Симона (1905); американский психолог М. Принс начинает издание журнала «Abnormal psychology» (1906); основатель американской экспериментальной психологии Ст. Холл осуществляет дальнейшее развитие психодиагностики и изучение психических отклонений у детей и подростков; бывший пациент американской психиатрической клиники К. Бирс издает нашумевшую книгу «Разум, обретший себя» («A mind that found itself», 1908), где описывает свои страдания во время трехлетнего пребывания в этой клинике и привлекает внимание общественности и профессионалов к положению психически больных и необходимости развития психосоциальных аспектов психиатрической службы; дальнейшее развитие психоаналитической теории и психотерапии неврозов; Г. Мюнстерберг издает книгу «Психотерапия» (1903) и противопоставляет понятию «психопатология» понятие «патопсихология» (1912); А. Адлер организует первую психологическую консультацию по воспитанию детей в Вене (1919); в Американской психологической ассоциации создается секция клинической психологии (1919). В России выходит работа Г. И. Россолимо «Психологические профили. Метод количественного исследования психологических процессов в нормальном и патологическом состоянии» (1910), публикуется «Атлас для экспериментально-психологического исследования личности» Ф. Е. Рыбакова (1910).

Происходит дальнейшее распространение психоанализа в России; В. М. Бехтерев и И. П. Павлов продолжают свои экспериментально-психологические исследования и развивают рефлексологию и физиологию высшей нервной деятельности; А. Ф. Лазурский разрабатывает метод естественного эксперимента для исследования личности; бурно развивается педология и психотехника, основанные на тестировании; Л. С. Выготский начинает свои исследования по проблеме развития и нарушений мышления

в области психиатрии и дефектологии, основывает патопсихологическую лабораторию на базе клиники С. С. Корсакова (ВИЭМ), лабораторию по психологии аномального детства, позже преобразованную в Экспериментально-дефектологический институт Наркомпроса.

3. *Продолжение развития клинической психологии на Западе, период стагнации в России* — 1930-е гг. В Америке клинические психологи наряду со своей основной функцией (тестированием интеллекта у детей) начинают разрабатывать проблемы личностной диагностики у взрослых; возникает бригадный подход (совместная работа психиатра, клинического психолога и социального работника); Я. Морено развивает психодраму и вводит понятие групповой психотерапии; набирает силу и влияние психоанализ. В России начинается период репрессий и стагнации психологической науки, выходит постановление «О педологических извращениях в системе наркомпросов» (1936), и фактически вся психометрическая традиция — один из важнейших источников становления клинической психологии — оказывается под запретом.

4. *Расширение предмета и задач клинической психологии — поворот к психологическому консультированию и психотерапии* — 1940—1950-е гг. Бурное развитие клинической психологии в США, связанное с государственным запросом на психологическую помощь ветеранам Второй мировой войны; создан и опубликован знаменитый опросник *MMPI* (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, 1940) как важный итог развития личностной психодиагностики; выходит книга К. Роджерса «Консультирование и психотерапия» (1942), окончательно закрепившая поворот от психодиагностики к психотерапии и обосновавшая расширение предмета клинической психологии; Вторая мировая война ставит целый ряд задач по реабилитации и адаптации солдат; К. Левин начинает психологическую работу в малых группах; в США выходит закон о психическом здоровье (Mental Health Act — 1946) и создается Национальный институт психического здоровья; Управление по делам ветеранов США делает большой заказ на подготовку клинических психологов с целью оказания профессиональной помощи пострадавшим от психических травм; Американская психологическая ассоциация соединяется с отпочковавшейся от нее Ассоциацией прикладной психологии, т. е. прикладная психология официально признается академической наукой; на знаменитой Боулдерской конференции это оформляется в виде стандарта образования клинических психологов, соединяющего серьезную научную и практическую подготовку; таким образом создаются условия для превращения клинической психологии в серьезную и уважаемую профессию.

В России Б. В. Зейгарник, А. В. Запорожец, А. Р. Лурия, С. Я. Рубинштейн и другие ведут психологическую работу по реабилитации раненых солдат в госпиталях; накатывает новая волна преследований психологов под видом борьбы с безродным космополитизмом; проводится печально знаменитая Павловская сессия, и как следствие — новый запрет на психологические исследования (1950); замена психологии в образовательных учреждениях на физиологию ВНД; Б. В. Зейгарник руководит лабораторией экспериментальной патопсихологии в НИИ психиатрии; проводятся исследования нарушений психических функций при различных психических расстройствах; начинаются психологические исследования неврозов В. М. Мясищевым и его сотрудниками в Ленинграде.

5. *Становление клинической психологии как самостоятельной профессии* — 1960—1970-е гг. Бурное развитие различных направлений психотерапии (психодинамической, гештальттерапии, системной семейной, бихевиоральной, когнитивной, гуманистической) при активном участии клинических психологов; доклад ВОЗ о роли психологов в европейской службе психического здоровья; клинические психологи отвоевывают себе право заниматься психотерапией наряду с врачами. В России на факультете психологии МГУ им. М. В. Ломоносова создается кафедра пато- и нейропсихологии, в ЛГУ им. А. А. Жданова создается специализация по медицинской психологии; в психиатрических клиниках вводятся ставки медицинских психологов; клинические психологи занимаются преимущественно психодиагностикой, исключение составляет Ленинград, где психологи более активно участвуют в реабилитационной и психотерапевтической работе; ведется дискуссия о возможностях применения стандартизированных зарубежных методик и проективных методов.

6. *Рост влияния клинической психологии, усиление интегративных процессов* — 1980—2000-е гг. Усиливаются интегративные процессы между различными направлениями психологии и психотерапии, резкое отмежевание и конкуренция сменяются большей взаимной терпимостью и интересом; в развитых европейских странах и США психологи получают легитимное право заниматься психотерапией наряду с клинической психодиагностикой; во всех странах растет число клинических психологов-психотерапевтов, клиническая психология становится самой популярной специализацией в области психологии в США; в сфере службы психического здоровья укрепляется бригадный подход на основе биопсихосоциальных моделей. В России падение железного занавеса ознаменовало интеграцию отечественных психологов в мировое сообщество; создается Московская ассоциация психологов-практиков (1988); западные специалисты проводят многочисленные тренинги по подготовке в различных областях психотерапии; психологи де факто все шире начинают

заниматься психотерапией; встает задача юридического оформления этой ситуации; «клиническая психология» оформляется в отдельную учебную специальность, на которую ведется прием в образовательные учреждения наряду со специальностью «психология»; в стране открываются новые факультеты и кафедры клинической психологии.

1.6. Актуальные проблемы клинической психологии

Современная клиническая психология вошла в обширный комплекс наук о психическом здоровье, сфера ее влияния и интересов, ее предмет неуклонно расширяются. Это связано с большой актуальностью проблемы психического здоровья для современного общества. К наиболее распространенным формам психической патологии относятся депрессии, тревожные и соматоформные расстройства, шизофрения, эпилепсия, расстройства, связанные с использованием алкоголя и психоактивных веществ, различные виды деменции, посттравматические стрессовые расстройства и некоторые др. По данным ВОЗ около 25 % населения земного шара на протяжении жизни страдает тем или иным психическим расстройством (Доклад о состоянии здравоохранения в мире. — Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. — ВОЗ. — 2001) и около 10 % единовременно страдают тем или иным психическим расстройством. Это очень внушительная цифра — 450 миллионов человек, которые нуждаются в специальной помощи. А это значит, что каждая четвертая семья в мире имеет одного члена, который на данный момент страдает психическим расстройством, и должна не только обеспечить ему материальную и эмоциональную поддержку, но и нести на себе бремя дискриминации и отвержения со стороны определенной части общества. Психические болезни в современном мире зачастую скрываются, являются предметом стыда.

Общество также несет значительное экономическое бремя, связанное с психическими расстройствами. Так, в одном из исследований подсчитано, что на проблемы, связанные с психической патологией, уходит около 2,5 % валового национального дохода США. В Нидерландах и некоторых других европейских странах расходы на лечение психических расстройств составляют около четверти всех расходов на здравоохранение.

Все это резко повышает значимость научных исследований причин и факторов, влияющих на возникновение и течение психических расстройств. Еще недавно роль *психологических* и *социальных факторов* в психическом здоровье явно недооценивалась специалистами.

Исследования последних десятилетий убедительно показали, что они вносят весьма существенный вклад в психическое здоровье наряду с *биологическими факторами*. Однако характер взаимодействия этих трех блоков факторов по-прежнему остается важнейшей методологической проблемой наук о психическом здоровье, которой занимается и клиническая психология (подробнее эта проблема будет рассмотрена в гл. 2).

За последние десятилетия прикладная направленность клинической психологии в нашей стране значительно усилилась. Этот несомненно позитивный факт имеет, однако, и оборотную сторону. Увлечение технологиями и методиками психологической диагностики и психотерапии приводит к недооценке и забвению роли психологической теории в дальнейшем развитии клинической психологии. Это грозит утратой стержня, на который должны нанизываться эмпирические данные, размыванием границ и «разрыхлением» клинической психологии как сферы научного знания. Важно помнить, что *психотехническое знание, с одной стороны, опирается на теоретическое, а с другой — способствует его обогащению*.

Вместе с тем и в отечественной, и в западной психологии существует интенция на интеграцию различных школ клинической психологии и психотерапии, на поиск ориентиров для выработки общей парадигмы. В первой половине XX в. психология распалась на ряд мало связанных направлений, не способных найти общий язык и противопоставляющихся друг другу. «Выготский же считал, что для психологии создание общей науки — важнейшая задача века» (Ярошевский М.Г., Гургенидзе Г.С. — 1982. — С. 450). *Современная клиническая психология находится в фазе перехода от ортодоксальной ориентации по направлениям и школам к интегративной*, что ставит перед клиническими психологами множество творческих теоретических задач и, соответственно, требует от них серьезной теоретической подготовки.

Наука плюралистична по своей сути, ни у кого в ней не должно быть монополии на истину, поиск которой представляет собой бесконечной процесс. В любой научной школе и традиции накоплено что-то ценное, что подлежит интеграции. Перед отечественными психологами стоит вдвойне сложная задача — в короткие сроки освоить наследие западной психологии. Только в конце 80-х и в 90-х гг. XX в. отечественные психологи впервые получили возможность прочесть в оригинале многие труды классиков зарубежной психологии — З. Фрейда, Э. Торндайка, Дж. Уотсона, А. Бандуры, Г. Олпорта, К. Роджерса и других. Долгое время их взгляды, как правило, были известны лишь по тенденциозным аналитическим обзорам.

В то же время интеграция в мировую психологию невозможна без интенсивной рефлексии и критического анализа собственной

традиции, выявления ее слабых и сильных сторон, с опорой на последние (Зинченко В. П., Моргун Е. Б. — 1994; Петровский А. В., Ярошевский М. Г. — 1994; Слободчиков В. И., Исаев Е. И. — 1995).

Богатое наследие отечественной психологии должно внести свой важный вклад в решение поставленной Л. С. Выготским задачи века — создание общей психологической теории нормального психического развития и патологии психики. Конструктивистская установка в современной неклассической науке задает свою логику решения этой задачи — она должна решаться не в кабинетах, а в процессе поиска ответа на практические задачи, которые не имеют универсальных решений. Осмысление, рефлексия и интеграция этого опыта — важнейший путь обогащения и развития теории.

Как в клинической психологии, так и в современной отечественной медицине существует тенденция к отказу от профессионально центрических редукционистских биологических и психологических подходов и усиливается ориентация на создание системных биопсихосоциальных моделей различных психических и соматических расстройств. Это приводит к созданию полипрофессиональной службы психического здоровья, где совместно трудятся врачи, клинические психологи, социальные работники и психотерапевты с разным базовым образованием.

В нашей стране значительные усилия в этом направлении осуществляются Российским обществом психиатров (с 1997 г. по настоящее время президент В. Н. Краснов). Большой вклад в становление бригадного подхода внесли представители отечественной социальной психиатрии И. Я. Гурович, М. М. Кабанов, В. С. Ястребов и другие.

Подготовка клинических психологов пока остается серьезной проблемой в нашей стране. Глубокие знания в области психиатрии и неврологии предполагают большой объем практической работы на клинических базах в процессе подготовки специалистов. Однако современные российские университеты, в отличие от западных, не имеют собственной клинической базы, что создает немало трудностей. Трудности эти преодолеваются за счет налаживания взаимодействия с учреждениями здравоохранения в процессе обучения студентов-психологов. Практика создания факультетов медицинской психологии при медицинских вузах предполагает большую работу по обеспечению этих факультетов квалифицированными кадрами (в противном случае возникает опасность дискредитации профессии клинического психолога).

Еще одной важной проблемой является дальнейшее совершенствование *стандарта подготовки по клинической психологии* — обязательной суммы теоретических и практических знаний

и умений, которыми необходимо владеть психологу, заканчивающему вуз по специальности «клиническая психология». Принципиальной задачей является сохранение клинической психологии как научной университетской специальности с высоким теоретическим уровнем подготовки специалистов, что во многом является залогом роста психологической культуры в обществе, усиления комплексного подхода в медицине, развития квалифицированной внебольничной службы психического здоровья, а в итоге повышения уровня психического здоровья населения России.

Контрольные вопросы и задания

1. Какие источники возникновения клинической психологии вы знаете?
2. Дайте определение предмета клинической психологии на современном этапе ее развития. Назовите ее основные разделы.
3. Что такое неклассическая наука и чем она отличается от классической?
4. В чем трудности соотнесения предметов клинической психологии и психиатрии? Как эти трудности связаны с развитием научного знания о психической патологии?
5. Какие точки зрения на соотношение предметов клинической психологии и психотерапии вы знаете? Какая из них представляется вам наиболее обоснованной?
6. Когда и кто предложил термин «клиническая психология»?
7. Какие этапы становления клинической психологии как науки можно выделить и как менялся на разных этапах ее научный предмет?

Рекомендуемая литература

Ждан А. Н. История психологии. — М., 1999. — С. 258—276.

Зейгарник Б. В. Патопсихология. — М., 2000. — С. 21—43.

Каннабих Ю. История психиатрии. — М., 1994. — С. 417—433.

Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманн. — 2002. — С. 30—41.

Тхостов А. Ш., Сурнов К. Г. Новые направления клинической психологии. Вызов культуры // Актуальные проблемы клинической психологии в современном здравоохранении / под ред. С. И. Блохиной, Г. А. Глотовой. — 2004. — С. 10—17.

Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Культура, эмоции и психическое здоровье // Вопросы психологии. — 1999. — № 2. — С. 61—84.

Дополнительная литература

Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. Анормальная психология. — СПб., 2004. — С. 106—123.

Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия. — М., 2000. — С. 8—23.

Петровский А. В., Ярошевский М. Г. История психологии: учеб. пособие для высшей школы. — М., 1994. — С. 143—160.

Шульц Д., Шульц С. История современной психологии. — СПб., 1998. — С. 224—230.

Юдин Э. Г. Методология науки. Системность. Деятельность. Серия «Философы России XX века». — М., 1997. — С. 37—41, 73—83.

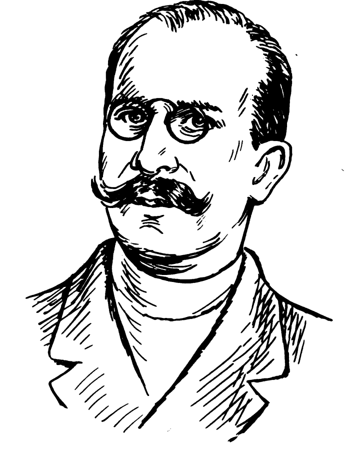
ГЛАВА 2

Проблема психической нормы и патологии

2.1. Предмет и задачи общей патопсихологии

Днем рождения ***патопсихологии*** как самостоятельной области знания можно считать 1912 г., когда в Германии начал выходить «Патопсихологический журнал» («*Zeitschrift fuer Pathopsychologie*»). Основатель и главный редактор журнала В. Шпехт пригласил для сотрудничества наиболее прогрессивных деятелей европейской медицины и психологии: П. Жане, А. Бергсона, Н. Аха, О. Кюльпе, Г. Мюнстерберга (последний к тому времени покинул Германию и работал в Кембриджском университете Соединенных Штатов). Главную задачу новой научной дисциплины В. Шпехт видел в психологическом исследовании психических расстройств в противоположность ***психопатологии*** — части общемедицинской концепции болезней (***нозологии***), ориентированной в то время на биологическую модель психических болезней и, по его мнению, ограниченной материалистической догмой об эпифеноменологическом характере психического. Отметим, что *психопатология как важнейший раздел психиатрии, представляющий медицинское учение о психических болезнях, изучала и описывала психическую патологию без специального научного исследования нормального развития и функционирования психики*. Необходимые для этого знания и методы разрабатывались в рамках психологии. Между тем изучение патологии в отрыве от нормы не могло быть полным, оно также должно было пролить свет на тайны нормального развития.

Таким образом, выделение патопсихологии было предопределено как логикой развития психиатрии, так и логикой развития психологии, на стыке которых она формировалась. С одной стороны, патопсихология противостояла изучению психической патологии в отрыве от изучения психической нормы в психиатрии, с другой — господствовавшей на рубеже веков академической интроспективной психологии, игнорировавшей прикладные задачи. Зарождающаяся патопсихология дала толчок развитию экспериментальной прикладной психологии. Недаром в России



Гуго Мюнстерберг (1863—1916)

первыми уже в XIX в. экспериментальной психологией стали заниматься не психологи, а наиболее прогрессивные психиатры (В. М. Бехтерев в Петербурге, С. С. Корсаков, А. А. Токарский в Москве, П. И. Ковалевский в Харькове, И. А. Сикорский в Киеве, В. Ф. Чиж в Тарту).

Отметим революционный характер новой дисциплины. Ее смысл наиболее отчетливо был сформулирован **Гуго Мюнстербергом**, которому мы обязаны созданием концепции психотехники и прикладной психологии. Он определил *патопсихологию как часть психологической науки, основная цель которой состоит в изучении психических расстройств в опоре на представления о нормальной психике и методы, разрабатываемые в общей психологии*. В изучении психических расстройств Г. Мюнстерберг вслед за Т. Рибо, П. Жане и другими прогрессивными мыслителями своего времени видел один из важнейших путей к пониманию нормального развития и функционирования психики. Вот что пишет он об этом в первом номере «Патопсихологического журнала»: «Поскольку согласно современным взглядам болезненное представляет собой в конечном итоге преувеличение или торможение нормальных психических процессов, изучение отклонений может стать полезным для понимания нормы» (Münsterberg H. — 1912. — S. 56).

В современной зарубежной клинической психологии термин «патопсихология» употребляется очень редко. Российский читатель был бы удивлен, пролистав многие зарубежные учебники по клинической психологии и почти не столкнувшись с этим привычным для нас названием. В англоязычной литературе его прямым предшественником и до определенной степени аналогом стал термин «abnormal psychology» — «анормальная психология»[1], возникший на рубеже веков под влиянием развивающихся психодинамических концепций. В 1906 г. вышел в свет первый номер журнала «Journal of Abnormal Psychology» («Журнал анормальной психологии»), который выходит и по сей день и является одним из наиболее солидных периодических изданий по клинической психологии. Сам термин «abnormal psychology» чаще всего применяется в современной американской литературе для области

[1] Существуют разные варианты перевода английского слова «abnormal» на русский язык — анормальная, абнормальная, аномальная.

психологии, занимающейся психологическим изучением отдельных психических расстройств и разработкой соответствующих методов помощи.

Редкое употребление термина «патопсихология» за рубежом связано с центробежными тенденциями, приведшими к выделению различных школ и подходов (психодинамического, когнитивно-бихевиорального и др.), каждый из которых предлагает свой взгляд на психическую норму и патологию (анализу развития этих взглядов в рамках каждого из подходов посвящен Раздел II). Таким образом, термин «патопсихология», означающий общее психологическое учение о психической патологии, на время утратил свое значение. Возникли, в каком-то смысле, разные патопсихологии, соответствующие пониманию проблемы психической нормы и патологии в разных традициях[1].

Отечественная психология (а точнее, московская школа), развивавшаяся в силу исторических причин в значительной изоляции от существующих в западной психологии школ и подходов, заимствовала этот термин и обозначила им собственное направление в клинической психологии, основанное на культурно-исторической концепции развития психики Л. С. Выготского и теории деятельности. Таким образом, этот термин прочно вошел в употребление. Основатель московской школы клинической психологии Б. В. Зейгарник дала определение патопсихологии, во многом перекликающееся с определением Г. Мюнстерберга: «Патопсихология как психологическая дисциплина исходит из закономерностей развития и структуры психики в норме. Она изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме, она изучает закономерности искажений отражательной деятельности мозга» (Зейгарник Б. В. — 2000. — С. 22).

Потребность в синтезе разобщенных и замкнутых в рамках отдельных школ и подходов теоретических и практических знаний приводит в наше время к возрождению термина «патопсихология» в наиболее масштабных и обобщающих презентациях клинической психологии за рубежом. К таковым, безусловно, относится двухтомный учебник немецкого ученого Р. Бастине — профессора психологии знаменитого Хайдельбергского университета (Bastine R. — 1998). Вот как он определяет предмет этой науки: «Предмет патопсихологии — психологическое учение о психических нарушениях, т. е. описание и объяснение психических нарушений, болезней и психологических кризисов. Обобщенно речь идет об анализе проявлений (феноменологии, симптомологии),

[1] Хорошей иллюстрацией тому является французский учебник «Психоаналитическая патопсихология» / под ред. Ж. Бержере. 2001.

развития (генеза или пидемиоло ч, причин (этиологии), а также
течения (прогноза), у . — 1998. — ия и деления (классификации)
и распространения (гия — теор ии) клинико-психологических
феноменов» (Bastine изучения S. 25).

Итак, ***патопсихол*** *легких н етический раздел клинической психологии, объекто желых пс котором являются психические расстройства о* лось бы по *рушений в виде дезадаптации или предболезни до т* адиционн *хических расстройств и кризисов*. Однако нам хот ий и, соо черкнуть, что в качестве предмета исследования т тиологии, выступали психологические аспекты этих наруше м отличие ветственно, психологические аспекты проявлений, рии, кото атогенеза и течения психических расстройств. В э чение пси патопсихологии от психопатологии — части психи ательном) ая традиционно изучала проявления, патогенез и психиче ических расстройств в феноменологическом (опи традици аспекте с целью выделения и изучения нозологий хих болезней, для которых в рамках крепелиновск им, что со постулировалась общая биологическая этиология. шире пре

В то же время мы ви ов наруш временная трактовка предмета патопсихологии гораздо я патопсих них. Наряду с изучением психологических механиз ов возник нной психики в сравнении с нормальной современн е вниман логия претендует на изучение психологических факто ению пси овения и течения психических расстройств, все больш . Аналоги е уделяется социальным факторам, а также соотн зработки р хологических, социальных и биологических фактор номенолог но и современная психиатрия широко опирается на р и психиче зличных научных дисциплин и не ограничивается ф я являются ческими описаниями и биологическими трактовка и психиа ких расстройств.

Описанные тенденци а их в ста результатом бурного развития клинической психологи м статусо рии в последние десятилетия и постепенного перех актики, пр ус неклассических научных дисциплин. За этим нов мы в меди стоит ориентация современной науки на запросы п линическ никновение системной биопсихосоциальной паради о неизбеж цину в целом и в психиатрию в частности, а также в чивания ю психологию, как науку о психическом здоровье. и интегри но приводит к определенным трудностям в плане оче дит к том редметов наук, которые все теснее взаимодействуют енных уче уются со смежными дисциплинами. Все это прив ния между , что определение предмета патопсихологии в совре енная кон никах становится все более расширительным, а разл гия соглас разными науками рассматриваются как преимущест а психоло центрация на том или ином аспекте. Так, патопсихол о этим взглядам концентрируется преимущественно тических аспектах всех пере-

численных проблем (феноменологии, симптомологии, патогенеза, этиологии, эпидемиологии и классификации психических расстройств).

Многие современные учебники по клинической психологии торопятся перейти к изложению конкретных эмпирических данных и технологий психологической помощи, пренебрегая исходными определениями и базовыми теоретическими положениями и проблемами. Между тем каждый психолог-практик, как бы далек он ни был от теоретических изысканий, имеет более или менее отрефлексированный, осмысленный и эксплицированный образ психического здоровья, который определяет его работу. Только серьезное изучение психологической теории и самоопределение по отношению к различным концепциям может помочь занять сознательную профессиональную, а значит, ответственную позицию.

Напомним, что неклассические науки имеют сложный многослойный тип знания — знание об объекте, о методах его изучения и о способах взаимодействия с ним с целью достижения определенных изменений. Возрастающая сложность и комплексность научного знания определяют возрастание роли методологического анализа, которому полностью посвящен первый раздел данного тома. Современные концепции философии и методологии науки ориентированы на ряд принципов, обобщенных известным отечественным методологом А. П. Огурцовым. Укажем два наиболее важных для данного учебника принципа — ***принцип историчности*** и ***принцип целостности научного знания***: «теоретическое понимание науки возможно лишь при условии построения динамической (т. е. взятой в историческом развитии. — *А. Х.*) модели научного знания; научное знание является целостным по своей природе, его нельзя разбить на независимые друг от друга уровень наблюдения и уровень теории, а любое утверждение наблюдения обусловлено соответствующей теорией, т. е. является теоретически нагруженным...» (Огурцов А. П. — 2003. — С. 23).

На основе принципа динамического или историческго подхода к научному знанию ***предмет общей патопсихологии трактуется в данном учебнике как психологическое учение о психической норме и патологии***, ***представленное в виде смены***, ***развития и конкуренции различных теоретических моделей***. В соответствии со вторым принципом — целостности или неразрывной связи теоретического и эмпирического знания — все эмпирические данные относительно конкретных расстройств будут представлены во втором томе «Частная патопсихология» совместно с теоретическими моделями, в опоре на которые они получены.

В гл. 1 было показано, как меняется понимание предмета клинической психологии в разные исторические периоды. Такой же динамичной является трактовка вопроса нормы и патологии —

узловой теоретической проблемы клинической психологии, которой полностью посвящен данный том. Эта динамика обусловлена целым рядом факторов: развитием общенаучной методологии, теоретических психологических концепций, накоплением эмпирических данных, меняющимися запросами общества и практики, социальной и культурной ситуацией в каждой конкретной стране. Вне исторического контекста развития науки невозможно понять логику развития научных концепций и представлений, роль и функцию отдельных подходов и школ.

Поэтому основными задачами общей патопсихологии являются:

1) научная рефлексия концепций нормы и патологии в историческом контексте развития психологической науки в целом;

2) сравнительный анализ основных зарубежных и отечественных психологических концепций нормы и патологии на основе единых методологических средств, позволяющих представить научные знания, накопленные в рамках этих концепций, в унифицированной, компактной и оперативной форме;

3) выделение общих тенденций в развитии представлений о норме и патологии.

2.2. Основные типы моделей нормы и патологии в контексте развития научного знания

Проблема психической нормы и патологии является центральной теоретической проблемой клинической психологии. От решения этой проблемы зависят стратегия психодиагностики, модели конкретных психических расстройств, цели и мишени помощи, основные практические выходы клинической психологии. От того, как решается этот вопрос, в определенной мере зависит тот образ человека, на который будет ориентироваться современная культура, включая такие важные сферы, как педагогика и образование.

С этим связано влияние клинической психологии на культуру в широком смысле слова, поскольку клиническая психология задает ориентиры относительно того, что считать психическим здоровьем и как осуществлять профилактику психических расстройств. Однако это влияние является взаимным, поскольку особенности развития культуры и общества определяют требования к человеку, а следовательно, в значительной степени, и критерии его здоровья. Одна из наиболее распространенных иллюзий заключается в том, что наука вычленяет какие-то природные, естественные критерии психического здоровья, независимые от деятельности человека и состояния общества. Как мы уже неоднократно отмечали, разработка проблемы психического здоровья

привела и психиатрию, и клиническую психологию к оформлению их особого статуса — статуса неклассических научных дисциплин, ориентированных не на поиск объективной истины, а на решение сложных практических задач, связанных с проблемами здоровья и болезни, профилактики и лечения в определенной исторической и культурной ситуации. В этом смысле клинический психолог неизбежно сталкивается с культурологическими и этическими аспектами своей профессии, которые стали предметом дискуссий в последние годы (см., напр., «Психология и этика» / под ред. Б. С. Братуся. — 1999).

Тем не менее первые научные модели нормы и патологии появились именно как попытка обозначить простые и однозначные, ясные критерии психического здоровья. Эти модели представляли собой порождение первого этапа развития науки, когда доминировали элементаризм и механицизм (сведение сложных явлений к более простым и элементарным). В психологии *элементаризм* сочетался с *редукционизмом*, т.е. попыткой сведения психического к другим видам реальности — биологической или социологической. Психология с необходимостью должна была пройти через этот этап и, накопив эмпирический опыт, перейти к более сложным и адекватным предмету изучения теоретическим конструкциям.

Становление психологии как самостоятельной науки стало возможным благодаря внедрению в нее объективных методов, причем наиболее разработанными были методы не собственно психологические, а биологические, в частности физиологические. Для каждой психической функции пытались отыскать непосредственную биологическую основу в мозговых процессах. Несколько позднее получила распространение другая крайность — попытка свести специфику психического к чисто социальным закономерностям. Это был неизбежный этап в развитии психологии, отражающий сложный междисциплинарный характер ее предмета. «Несмотря на глубокие различия, обе эти формы редукционизма в сфере общей теории вели практически к одному и тому же результату — к тому, что Л. Берталанфи удачно назвал концепцией, основанной на модели робота в человеческом поведении. В самом деле, собственно психическое в обоих случаях оказывалось всецело обусловлено внепсихологическими факторами» (Блауберг И. В., Юдин Э. Г. — 1973. — С. 217).

Альтернативой элементаризму и редукционизму является *системный подход*, адекватный для изучения объектов, имеющих сложную многокомпонентную структуру. Основоположник системного подхода **Людвиг фон Берталанфи** подчеркивал, что в применении к психологии этот подход означает рассмотрение человека в качестве активной личностной системы, которая не стремится к установлению гомеостаза со средой, как это утверж-

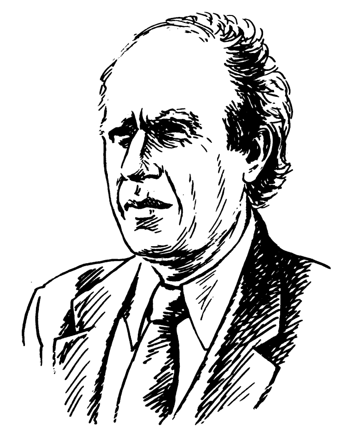


Людвиг фон Берталанфи (1901—1972)

дается в классическом бихевиоризме и психоанализе, а преобразует и изменяет эту среду. В современных концепциях психической нормы и патологии пока предпринимаются лишь скромные попытки реализации системного принципа. Многие исследователи до сих пор остаются на редукционистских позициях, так как они привлекательны своей простотой. Однако задача перехода к системным моделям, к новым формам организации знаний встает все более остро по мере их накопления, а также по мере того, как усложняются практические задачи, встающие в сфере охраны психического здоровья.

В методологии принято выделять два этапа в развитии каждой науки — *эмпирический* и *теоретический*. На эмпирическом этапе главной задачей является задача накопления опыта или эмпирических знаний об объекте — это наблюдения, описание и сбор конкретных эмпирических фактов, их упорядочивание. На этом этапе еще не выделен научный предмет, он только формируется. Господствующим типом объяснения опытных данных на этом этапе являются *элементаризм* и *механицизм*, которые соответствуют ранним стадиям разработки научного предмета при изучении таких сложных объектов, как человеческая психика.

На этом этапе, как отмечал Э. Г. Юдин, «проблема исследования сложных объектов выступала как проблема сведéния сложного к простому, целого к части, и если исследователь не знал исходного атома, то это рассматривалось лишь как признак слабости, неразвитости познания. Этот тезис составил основание многообразных разновидностей механицизма и редукционизма в науке нового и новейшего времени» (Юдин Э. Г. — 1978. — С. 20). И далее: «На известных этапах развития науки редукционистская установка не только играет положительную роль, но и является логически и методологически неизбежной, она уступает место иредукционизму только тогда, когда для этого созревают солидные содержательные и методологические предпосылки» (там же. — С. 21). Хотя принцип целостности изначально противостоит элементаризму в истории науки, последняя развивалась под знаком явного доминирования элементаризма, преимущества которого, согласно Э. Г. Юдину, очевидны: 1) самый естественный и простой путь при изучении сложного объекта — это разложение его на части и изучение каждой из них с тем, чтобы позднее приступить к синтезу; 2) нахождение единого основания у различных объектов и явлений позволяет сформулировать простейшие закономерности жизни изучаемого объекта.



Эрик Григорьевич Юдин (1930—1976)

Э. Г. Юдин называл элементаристский тип объяснения явлений *сущностно-онтологическим*. Такое объяснение строилось как сведение изучаемой реальности к единой субстанциональной первооснове. «Иначе говоря, задача познания заключалась в том, чтобы отыскать реальную вещь, субстанцию, «ответственную» за специфику данной сферы реальности и обязательно элементарную» (там же. — С. 26). Именно этому этапу развития науки соответствуют первые научные модели психической нормы и патологии — так называемые ***биологические модели***, отражающие начальный эмпирический период в развитии научного знания и свойственный ему элементаризм (они будут описаны в 2.3).

Второй — теоретический — этап определяется Э. Г. Юдиным как изменение схем научного познания и появление различного рода универсально-абстрактных объяснительных конструкций. На место субстанции как первоосновы явлений приходит определенный всеобщий объяснительный принцип или их совокупность. В отличие от элементаризма эти объяснительные конструкции не отождествляются с реальностью, а существуют как некие абстракции, идеальные образования, призванные объяснять изучаемые феномены. Примером такого универсального объяснительного принципа может служить схема стимул—реакция в физиологии, а позднее — в бихевиоризме. На этом этапе развития учения о психической норме и патологии возникают первые психологические модели — классический психоанализ и классический бихевиоризм. Это уже собственно психологические модели, в рамках которых психика не сводится к биологической реальности, однако и эти модели характеризуются редукционизмом в понимании психопатологических явлений.

Редукционизм проявляется прежде всего в установлении линейных причинно-следственных связей и создании узко психологических объяснительных схем, не учитывающих социокультурные и биологические аспекты психической патологии. Эти первые психологические модели отличает механистический детерминизм — «убеждение в том, что в конечном счете любые процессы могут быть объяснены посредством жестких каузальных связей, где каждая причина с «железной» необходимостью по-

рождает единственное следствие» (там же. — С. 25). Образцом реализации такого подхода была классическая механика — ее принципы, как наиболее продвинутой научной дисциплины, переносились на другие науки, в том числе биологию, психологию, социальные дисциплины. Однако «их факты вопреки давлению механицистских тенденций упрямо не поддавались объяснению» (там же. — С. 25). Первые ***психологические модели*** нормы и патологии, построенные на принципах механистического детерминизма, будут описаны в 2.4.

При всех явных преимуществах элементаризма как способа накопления знаний на ранних стадиях развития науки оппозиция в лице сторонников целостного (холистического) подхода способствовала возникновению потребности в новой методологии. Сторонники целостного подхода всегда находились в критической рефлексивной позиции по отношении к элементаризму и стимулировали переход к более сложным объяснительным моделям. «По существу, всякий период обобщения накопленных в той или иной науке данных сопровождался выходом за рамки чисто элементаристского подхода, принятием в определенной форме идей целостности» (там же. — С. 22). Правда, экстремистски настроенные сторонники целостного подхода приходят к полному отрицанию применимости объяснительных, естественно-научных методов для изучения сложных гуманитарных объектов, к которым причисляют и психику человека. Они настаивают на необходимости развития принципиально иной методологии гуманитарных наук, получившей название *герменевтика*[1].

Применительно к проблеме психической нормы и патологии этап обострения дискуссии между сторонниками элементаризма и целостного подхода в форме герменевтического метода ярче всего выразился в ***концепции антипсихиатрии и «теории ярлыков»***, которые отрицали возможность и необходимость построения научных моделей нормы и патологии. Представители этих концепций считают единственно возможным способом понимания психопатологических явлений феноменологический подход, основанный на герменевтической методологии, — непосредственное постижение психического состояния другого человека в его целостности и уникальности путем вчувствования. Ведущую роль в возникновении психопатологических феноменов представители этих концепций отводят обществу или социальным факторам.

[1] Герменевтика (от греч. *hermēneutikós* — разъясняю, истолковываю) — искусство и теория истолкования и понимания текстов. У Г. Дильтея — это основанный на понимающей психологии метод постижения целостности духовно-душевной жизни индивидуальности, жизненного мира другого человека на основании продуктов его психической деятельности, прежде всего письменных текстов.

Опираясь на принцип целостности, они противопоставляют свои взгляды на норму и патологию элементаризму биологических моделей. Модели нормы и патологии, построенные в рамках этих концепций, мы назвали ***социально-нормативными*** (они будут рассмотрены в 2.5).

Процесс накопления знаний и аргументов в рамках различных моделей приводил к тому, что игнорировать их доводы становилось уже невозможно. Кроме того, в рамках каждой модели существовала тенденция к преодолению механистического детерминизма. Это происходило на фоне широкого переосмысления проблем причинности в науке, включая законодательницу методологической «моды» физику (возникает теория относительности А. Эйнштейна, доказавшая неуниверсальность законов классической механики).

Необходимость учета всех накопленных научных знаний о механизмах психической патологии диктовалась сложными практическими задачами оказания эффективной помощи, переходом клинической психологии в статус неклассической научной дисциплины. Возникает проблема синтеза знаний, накопленных в рамках разных дисциплин и моделей. Для ее решения на смену редукционизму должен с необходимостью прийти *иерархический плюрализм*, развивающий принципиально иной тип детерминизма, построенного на множестве оснований, которые находятся между собой в иерархической соподчиненности и образуют не сводимые друг к другу уровни. В этих системных связях снимается вопрос о том, какой уровень главный, он замещается вопросом о характере их взаимодействия. Сложность описанной задачи приводит ко все большему возрастанию в развитии научного знания роли *методологии науки* — «учения о принципах построения, формах и способах научно-познавательной деятельности» (Юдин Э. Г. — 1978. — С. 31). Базовой методологией науки на этом этапе становится методология системного подхода. Это находит свое отражение в новых моделях нормы и патологии. Доминирующими становятся ***биопсихосоциальные модели***, претендующие на синтез знаний, накопленных в рамках разных дисциплин и подходов.

Остановимся несколько подробнее на характеристике системного подхода. Элементаризм и механицизм оперируют понятиями *причина — следствие*. Концепции, построенные на их основе, оперируют представлениями о жестком, линейном детерминизме. Основные понятия системного подхода — «*целостность*», «*структура*», «*связь*», «*функция*», «*уровень*», «*фактор*», «*организация*», «*цель*», «*управление*». Представление о жестких причинно-следственных отношениях заменяется представлением о типах связей между различными факторами, механизмами, которые рассматриваются как компоненты сложной системы.

Факторы объединяются в уровни по принципу полиморфизма — иерархия не подразумевает в данном случае разделения их на существенные и несущественные, а является формой организации в определенную структуру. «Концепция теории систем тесно связана с идеей целостности, истоки которой можно найти еще в античности. ...С течением времени размышления о целостности потеряли свое значение, и впервые лишь в конце XIX столетия после долгого господства механицизма можно снова обнаружить переход от механистического к холистическому мышлению. Решающий толчок в сторону обновленной ориентации на целостное рассмотрение исходит от психологии и биологии. Знаменательным для этой новой ориентации научного мышления является то, что идея целостности привлекает все возрастающее внимание многих областей науки...» (Bertalanfy L. — 1972. — С. 47). Однако, как считал сам Л. Берталанфи, главное, что привносит системный подход в психологию, это представление о человеке как активной личностной системе, имеющей собственные цели и средства самоуправления и самоорганизации.

На основе системного подхода, реализующего принцип целостности на новом этапе развития науки, возникает четвертый тип моделей, получивший название биопсихосоциальных. Таким образом, в данной главе будут описаны четыре типа моделей нормы и патологии. Три первые группы моделей (биологические, психологические и социально-нормативные) — редукционистские, четвертая группа представляет современные системные биопсихосоциальные модели, основанные на принципах целостности и иерархического плюрализма.

Выше охарактеризована логика возникновения каждой из этих моделей в контексте этапов развития научного знания в целом. Хотя эти этапы предстают как некая последовательность, все рассмотренные типы моделей продолжают сосуществовать в пространстве современной науки. Они присутствуют в виде соответствующих форм научного сознания у разных исследователей, разрабатывающих проблему психической нормы и патологии. Такая ситуация является одним из важных источников ожесточенных споров о проблеме нормы и патологии и механизмах конкретных психических расстройств.

2.3. Биологические модели

Биологические модели мы отнесли к первому, эмпирическому, этапу развития представлений о психической норме и патологии, который характеризуется противостоянием двух методологических установок: элементаризма и холизма. *Биологические модели являются воплощением элементаристской установки, т.е.*

сведением сложных психических феноменов к материальным процессам в мозге. Эти модели еще нередко называют медицинскими, что представляется нам не вполне справедливым, так как в медицине всегда существовала оппозиция элементаризму и биологическому редукционизму в лице сторонников холистического подхода. Несомненная заслуга биологических моделей заключается в том, что они были первыми научными моделями психической патологии и способствовали началу изучения психических расстройств как особого рода болезней. Древнеримский врач и философ греческого происхождения Гален рассматривал психические болезни как нарушение обмена жидкостей («соков») организма, т.е. подчеркивал их биологическую природу. В Средние века к душевнобольным не относились как к людям, которые нуждаются в лечении и помощи, а видели в них одержимых действием злых сил, которые вселяются в человека. На кострах инквизиции погибли десятки тысяч ни в чем не повинных людей, среди них — тысячи психически больных. Больных не лечили в больницах, обращение с ними было крайне жестоким, приюты для них напоминали тюрьмы.

Придание психическим расстройствам статуса болезни коренным образом изменило положение людей, страдающих от душевных недугов. Оно ознаменовало собой великий перелом в отношении общества к психически больным. Вначале, однако, психические болезни рассматривались как болезни духа или болезни характера. Лишь в XIX в. на фоне успехов соматической медицины возникли биологические модели психических расстройств, ставшие на долгие годы доминирующими моделями в психиатрии. В середине XIX в. в Германии разгорелся спор между группами представителей разных моделей психической патологии, получивших название «школ психиков и соматиков». Школа психиков в своих представлениях о природе психических расстройств исходила из ведущих философских систем того времени — субъективного идеализма Ф. Шеллинга и объективного идеализма И. Канта. Культивируемая в этих концепциях идея абсолютной свободы воли человека в школе психиков находит выражение в пренебрежении биологическими и средовыми факторами. В качестве причины психических расстройств рассматриваются порочные страсти души, злая воля человека, которая должна быть побеждена путем перевоспитания.

Возникает знаменитая механотерапия психозов — смирительные рубашка, кровать и стул, принудительное стояние, маска и груша для затыкания рта, вращательные машины, причиняющие боль средства. Как пишет Ю. В. Каннабих, «вполне естественно, что в эпоху, когда всему психическому придавалось такое огромное значение, когда весь материальный мир считался в конечном итоге продуктом духовной деятельности (абсолютного Я), что в



Эмиль Крепелин
(1856—1926)

такую эпоху философствующие дилетанты (а таковыми были большинство психиатров) отвернулись от грубой материальной этиологии, которую еще предстояло искать; психогения представлялась им не только более понятной и близкой, но и более достойной человека как "свободного духовного существа"» (Каннабих Ю. В. — 1994. — С. 235). И далее: «Средневековый бес или демон принял лишь более утонченную форму, превратившись в метафизические понятия "злого начала", "порока, греха"» (там же. — С. 236).

Этим взглядам противостояла школа соматиков. Ее представители рассматривали психозы как симптомы соматических заболеваний. Важная роль в их происхождении приписывалась не только головному мозгу, но и кровеносным сосудам, внутренним органам и даже костям, связкам, сухожилиям. Таким образом, первыми биологическими моделями были ***соматические модели***, описывающие механизмы психических расстройств по аналогии с соматической медициной как следствие поражения тех или иных систем организма. Они носили малодифференцированный характер, так как знаний, необходимых для определения роли тех или иных систем органов, на тот период было явно недостаточно.

Биологические модели являются достаточно популярными и в современной психиатрии, во многом потому, что именно с них начиналось оформление психиатрии как науки в эпоху великого немецкого психиатра **Эмиля Крепелина**. Образцом построения медицинской науки в то время являлась бурно развивающаяся инфекционная медицина. Своими поразительными открытиями она поистине спасала человечество от таких страшных заболеваний, как чума, оспа, холера и др. ***Модель инфекционной болезни***, описанная Р. Кохом, становится на определенное время образцом для остальной медицины — одна достаточно простая причина (вирус или бактерия), вызывающая патологические изменения в организме, ответственна за развитие того или иного заболевания.

Настоящим откровением для психиатров явилось открытие инфекционной природы страшного психического расстройства — прогрессивного паралича. Патолого-анатомические исследования привели к обнаружению в головном мозге больных бледной спирохеты — возбудителя сифилиса. Дегенеративно-атрофические изменения нервной ткани представляли собой отсроченные по-

следствия заражения сифилисом и приводили к деменции (сла-
боумию), экспансивному поведению, припадк ам, ажитации,
бреду или депрессивному состоянию, в зависим ости от формы
течения болезни, и заканчивались смертью.

Возникла надежда отыскать такую же ясную органическую
этиологию для других психических расстройст в. Э. Крепелин
определил в качестве важнейшей научной зада чи психиатрии
систематизацию психических расстройств по кри териям их раз-
вития, течения и исхода. Таким образом, он надеял ся по аналогии
с инфекционной и другими разделами медицин ы выделить *но-
зологические единицы* — болезни, единые по св оей этиологии.
В своей известной монографии по истории психиа трии Ю. В. Ка-
набих приводит определение душевной болезн и, которое да л
Э. Крепелин: «*Душевная болезнь* представляет соб ой *закономер-
ный биологический процесс* (выделено мной. — *А. Х.*), разделяю-
щийся на несколько видов, имеющих каждый определенную
этиологию, характерные физические и психичес кие признаки,
типическое течение, патолого-анатомическую осно ву и тесно свя-
занный с самой сущностью процесса заранее пре допределенный
исход» (Канабих Ю. В. — 1994. — С. 422).

Эпохе Э. Крепелина предшествовали попытки таких ученых,
как Т. Майнерт и К. Вернике, открыть мозговую локализацию
психических расстройств по аналогии с невролог ией (после от-
крытия «речевого центра» Э. Брока), которые мож но обозначить
как ***неврологическая*** или ***локализационистская модель***. Т. Май-
нерт определял психиатрию как клинику заболева ний переднего
мозга, «основанную на его строении, отправлени ях и питании».
Неврологическую модель психических расстрой ств отстаивал
крупный немецкий психиатр В. Гризингер. Исс ледователями-
неврологами предпринимались попытки найти мо зговую локали-
зацию высших проявлений личности, в частности делался вывод,
что «"седалище" "Я" следует искать в мозговом с тволе» (Клейст
К. — 1924. — С. 41). Однако попытки обнаружения непосредствен-
ной мозговой локализации психических процессов и психической
патологии не оправдывались.

Важную роль в подкреплении этих взглядов сы грало открытие
мозговой патологии при сенильных (старческих) психических
расстройствах А. Альцгеймером и другими исслед ователями. Вы-
явленная органическая природа ряда психически х расстройств
была экстраполирована на все другие психичес кие расстрой-
ства.

Э. Крепелин понимал, что в его время можно было говорить лишь
о гипотетической этиологии большинства пси хических рас-
стройств. В основе сформулированной им страт егии развития
психиатрии лежала *гипотеза о единстве гипотет ической этио-
логии и патогенеза*, т. е. гипотеза о том, что сход ные по проте-

Таким образом, по мнению Э. Крепелина, систематизация общих по проявлению и течению болезненных состояний должна была привести к выявлению нозологий, а когда-нибудь, в результате прогресса биологических наук, — и их общей биологической этиологии. Большое число психиатрических исследований, направленных на кропотливый сбор данных о проявлениях, течении и исходе психических расстройств, было выполнено в рамках модели единства биологической (эндогенной) этиологии и патогенеза Э. Крепелина.

Гипотеза о единстве этиологии и патогенеза была, по мнению многих авторов, довольно произвольной. Даже в случае прогрессивного паралича она находит лишь относительное подтверждение (лишь 10 % больных сифилисом заболевают прогрессивным параличом, велико также разнообразие форм течения). Более того, данные современной соматической медицины дают основания для принципиальной критики этой гипотезы (Дильман В. М. — 1987). Тем не менее она на долгие годы определила развитие психиатрии как науки и ее метод — так называемый клинический или описательный, феноменологический метод. Таким образом, формировалась научная база психиатрии — психопатология, направленная на изучение закономерностей возникновения и течения психических заболеваний, психопатологических процессов и состояний, а также наблюдаемых при этом симптомов и синдромов.

Появилась возможность изучения и систематизации психических расстройств, их классификации и поиска путей целенаправленного лечения. В этом смысле психопатология является важнейшей частью психиатрической науки. Однако, кропотливая и многолетняя работа по систематизации симптомов и наблюдению динамики душевных расстройств так и не привела к установлению ясной этиологии большинства душевных расстройств, что могло быть указанием на их более сложную этиологию и природу, несводимую к биологическим факторам.

Не приходится спорить с необходимостью дальнейшего поиска биологических факторов психических расстройств. Несомненно, что биологическая психиатрия является важной и необходимой частью наук о психическом здоровье. Однако основная опасность биологических моделей заключается в негативном отношении многих их приверженцев к исследованиям других возможных факторов, влияющих на этиологию и патогенез заболевания (психологических, социальных). Фактически, описательный клинический метод, которому приписывается непредвзятость и объективность, при такой установке перестает быть феноменологическим и обслуживает биологические модели, так как сбор и

В 1960—1980-е гг. на клинических разборах в психиатрической клинике психологизация (т. е. привлечение психологических фактов и интерпретаций для объяснения возникновения тех или иных симптомов) считалась страшным грехом. «В психиатрический лексикон был введен термин “психологизация” с саркастическим и издевательским значением» (Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. — 2000. — С. 16). Приведем выражение одного из профессоров, привлекаемое для объяснения динамики симптомов: «Не психологизируйте (т.е. не ищете психологических объяснений. — *А. Х.*), это болезнь так “захотела”». Термин *эндогенный процесс* отражал зачастую непонятные самим специалистам условия (генетические и биохимические), обусловливающие возникновение болезни независимо от внешних обстоятельств и внутреннего мира человека.

Суть ***эндогенной модели*** психической патологии охарактеризована Р. Бастине так: «Наблюдаемые психические нарушения интерпретируются в рамках этой модели как симптомы (признаки) лежащей в их основе причины болезни (патологии). Роль психосоциальных факторов если и усматривается в рамках этой модели, то только в том, что они могут влиять на формирование, т. е. способ внешнего проявления (патопластику) и протекание психических расстройств, в то время как существо заболевания определяется качественно другими (соматическими) условиями. Это в первую очередь касается тех психических расстройств, которые определяются как эндогенные. К эндогенным расстройствам относятся в первую очередь психозы» (Bastine R. — 1998. — S. 68—69). Эндогенные модели тесно связаны с ***генетическими моделями***, согласно которым психические болезни — результат неблагоприятных наследственных влияний.

В истории психиатрии психические расстройства были разделены на группы экзогенно-органических и эндогенных. Там, где болезни предшествовали явные психотравмирующие обстоятельства, стали говорить о психогенных расстройствах, однако непосредственную причину их возникновения видели также в срыве нервной регуляции организма вследствие нервного перенапряжения. Никаких собственно психологических механизмов возникновения заболевания и, соответственно, психологических методов лечения не выделялось. Природа экзогенно-органических расстройств усматривалась во внешних «вредностях», а эндогенных — во внутренних факторах, прежде всего в наследственности. Историческими предшественниками такой трактовки эндогенных расстройств были многолетние наблюдения врачей за повторением случаев психической патологии в семейной истории. В XIX в. эти наблюдения вылились в *концепцию дегенерации* Б. Мореля (постепенного вырождения определенных родов, носителей на-

патологии есть различное выражение одних и тех же биологических наследственных механизмов. В более позднее время с неблагоприятной наследственностью связывается концепция эндогенной психической патологии.

Согласно М.С.Роговину, именно эндогенность является основным научным критерием, позволяющим отличить истинную психическую патологию от нормы: «При всех практических и теоретических трудностях, с которыми патопсихологи и психиатры встречаются при определении существа психической патологии, все же можно указать на одну закономерность, которую вполне можно обозначить, как первый собственно научный критерий психической патологии. При наличии патологии в психике больного начинают доминировать внутренние, собственно патологические законы, заслоняющие нормальную функцию регуляции действий человека по отношению к внешнему миру» (Роговин М.С. — 1981. — С. 39). Автор ссылается также на авторитет В.Гризингера, П.Жане и других известных психиатров, разделявших ту же точку зрения. И далее: «Это положение для нас особенно важно, поскольку в конечном итоге *факт исключительно внутренней* (читай биологической. — *А.Х.*) *обусловленности* важнейших психических расстройств является (при достаточной компетенции исследователя) безошибочным практическим критерием и в какой-то мере компенсирует несовершенство и сложность логического определения психической патологии» (Роговин М.С. — 1981. — С. 40).

Обращаясь к истории развития психиатрии, следует отметить, что этот критерий фактически основан на клиническом чутье и интуиции психиатра. Компетенция исследователя, о которой пишет М.С.Роговин, заключается в достаточно большом клиническом опыте и развитой интуиции. Они подсказывают, когда речь идет о психологически понятных симптомах, относящихся к пограничной с психическим здоровьем зоне, а когда об эндогенной, биологической обусловленности симптомов, т.е. о серьезном, «настоящем» психическом расстройстве. Речь идет о предложенном К.Ясперсом феноменологическом критерии, основанном на клиническом опыте вчувствования (Ясперс К. — 1997). Однако он не был поддержан многими психиатрами из-за его чрезмерной субъективности: «Идея Ясперса использовать способность вчувствоваться в переживания больного в качестве критерия, отличающего психотические переживания от личностных реакций, была в конце концов оставлена в силу недостаточной воспроизводимости» (Попов Ю.В., Вид В.Д. — 1999. — С. 8).

На современном этапе развития наук о психическом здоровье необходимо признать, что данный критерий, основанный на

ного эмпирического подтверждения. Более того, авторы, исходящие из других моделей психической патологии, используют свои критерии и также отстаивают их приоритетность. Так, лидер течения антипсихиатрии Р.Лэнг (см. 1.5) приводит в своей книге беседу Э.Крепелина с больным шизофренией, наделяя психологическим смыслом все те реакции больного, которые представлялись автору закона единства этиологии и патогенеза абсолютно бессмысленными, имеющими исключительно эндогенную природу (Лэнг Р. — 1995. — С. 21—24).

Одним из важнейших признаков биологической модели, *как указывают разные авторы*, ***является эпифеноменологический характер психического***, *который неизбежно вытекает из этой модели*. Переживания и поведение при этом оказываются всего лишь функцией органических процессов.

В рамках немецкой феноменологической традиции также звучала критика в адрес биологической модели. Сам К.Ясперс называл попытки биологически ориентированных психиатров найти четкие связи между повреждениями мозга и душевными заболеваниями «церебральной мифологией». Он рассматривал феноменологический метод в психопатологии как необходимый этап теоретически непредвзятого описания психопатологических феноменов и критиковал Э.Крепелина за биологический редукционизм: «Мало сказать, что убеждения Крепелина основывались на предпочтительном внимании к соматической субстанции; *он признавал ее единственно важной материей для медицины и в этом сходился с большинством врачей* (выделено мной. — *А.Х.*). Многие психологические проблемы поданы в его учебнике с подлинным блеском; и тем не менее остается впечатление, что это сделано, так сказать, против его воли. Сам он считал психологию паллиативом, который непременно утратит свое значение, когда эксперименты, микроскоп и пробирки позволят, наконец, прийти к объективным результатам» (Ясперс К. — 1997. — С. 1013—1014).

Е.Блейлер указывал на социальный аспект определения понятия душевного заболевания, поскольку оно неизбежно связано с существующими социальными нормами (Bleuler E. — 1975). Кроме того, он подчеркивал относительность различий между нормой и патологией, с одной стороны, и ведущую роль сложных внутренних условий, а не простых этиологических факторов в развитии болезни — с другой, в чем был близок к функциональной концепции болезни, предложенной Р.Вирховым. Широкую известность получила полная сарказма критика последним редукционистских биологических концепций, пытающихся обнаружить причину психической патологии путем исследований головного

мозга, в частности методом [illegible] ды заметил, что он сам исследовал тысячи таких срезов, но так и не обнаружил при этом ничего похожего на человеческую душу. В своей критике механистического редукционизма биологических моделей как соматических, так и психических болезней Е. Блейлер приводил пример из соматической медицины — с какого момента можно считать больным носителя туберкулезных палочек? Установлено, что многие вирусы могут годами находиться в организме, не нарушая его функционирования, и лишь при определенных неблагоприятных условиях происходит их активизация. Возникает вопрос, что в данном случае выступает в качестве причины болезни?

В России всегда были сильны традиции Крепелиновской школы. После революции биологические модели получили дополнительную опору в виде марксистской философии, ставшей официальной на уровне государства. Личность понималась в марксизме как совокупность общественных отношений, а значит (при вульгарной трактовке этого положения) в благополучном социалистическом обществе вообще не должно быть психических болезней, обусловленных психологическими и социальными факторами. Таким образом, роль этих факторов в происхождении и течении психических расстройств на протяжении многих лет идеологического прессинга естественным образом сводилась практически к нулю.

Неразработанность проблемы нормы и патологии в отечественной науке зафиксировали в своей книге «Достоевский и тайны психического здоровья» О. Н. Кузнецов и В. И. Лебедев: «Психическое здоровье во взаимодействии с биологическими, социальными, нравственными, воспитательными, медицинскими и политическими аспектами длительное время оставалось “запретной зоной”. Из надуманной концепции о бесконфликтности нашего общества, исключающего психотравмирующие факторы, было предположено, “что по мере развития социализма психическая заболеваемость будет быстро и прогрессивно снижаться и исчезнет полностью”. Фактически же она нарастала. К этому оказались не готовы ни психиатрия как наука, ни организационные формы оказания помощи населению, ни общественное мнение. Обсуждение проблемы психического здоровья журналистами и психиатрами, вызвавшее широкий общественный резонанс, высветило отсутствие четких критериев психической нормы и патологии. Это приводило к драматическим последствиям» (Кузнецов О. Н., Лебедев В. И. — 1994. — С. 3).

В психологическом словаре, вышедшем накануне перестройки, находим определение патопсихологии как науки, «изучающей изменения психической деятельности при патологических состояниях мозга, связанных с психическими или соматическими за-

логических факторов в возникновении и течении болезни.

Нужно еще раз зафиксировать, что развитие биологической психиатрии сыграло и продолжает играть положительную роль как в исследовании, так и в лечении психических расстройств, прежде всего благодаря бурному развитию психофармакологии. В настоящее время не вызывает сомнения ведущая роль биологических факторов при таких психических расстройствах, как шизофрения или биполярное аффективное расстройство. Важную роль этих факторов достаточно убедительно доказывают исследования моно- и дизиготных близнецов (см. подробнее 2.6). Однако причинно-следственные связи биологических отклонений и психической патологии не являются прямыми и однозначными; накопилось достаточно много фактов, подтверждающих роль психологических и социальных факторов в возникновении и течении даже вышеупомянутых заболеваний.

В наше время продолжается поиск органических причин, лежащих в основе этиологии психических расстройств на гораздо более сложных уровнях — генетическом, метаболическом, биохимическом, иммунологическом и т. д. Большие успехи достигнуты в биохимических исследованиях психических расстройств, обнаруживающих характерные изменения биохимической регуляции центральной нервной системы. На базе этих исследований идет неуклонное усовершенствование психофармакологических методов лечения психических расстройств. Эти успехи столь велики, что практически преобразили современную клинику, принципиально изменили сроки лечения. Многие представители психиатрической науки считают, что именно ***биохимическая модель*** оправдает их надежды на доказательство биологической природы психических расстройств. И все же, хотя современные медикаменты решают многие проблемы психиатрической клиники, они, по мнению большинства специалистов, ориентированы симптоматически, а не этиологически (т. е. направлены на устранение проявлений болезни, а не ее причин). Проблема побочных эффектов, а также достаточно многочисленных случаев *резистентности* к медикаментозному лечению (о резистентности говорят, когда в результате лечения не удается получить желаемого эффекта) делает актуальной параллельную разработку психосоциальных методов помощи.

Драматический спор сторонников биологических моделей и психиатров, критикующих их за редукционизм, продолжается уже целое столетие. В 1924 г. немецкий психиатр К. Клейст пытался сделать прогноз этого спора: «Jaspers, Schneider, но также и Bumke и другие авторы не устают повторять, что никакие успехи очаговой патологии мозга не в состоянии приблизить нас к душе. За-

нимаясь афатическими, апраксическими, агностическими[1] рас-стройствами, мы находимся-де еще лишь в преддверии души. Но так как количество подобных точно исследованных расстройств растет с каждым годом, то преддверие души все расширяется и ее “святая святых” в один прекрасный день превратится также в пыль, как вся чистая психиатрия Schneider’a» (Клейст К. — 1924. — С. 17).

В XXI в. мы также вынуждены констатировать продолжение этого спора, причем не менее жаркое. Правда, биологические модели значительно усложнились и ориентированы на биохимию и молекулярную генетику. Успехи генетических, биохимических и нейроморфологических исследований ряда психических расстройств создают условия для ренессанса редукционистких биологических моделей психических расстройств в наше время. Однако исследователи психологических и социальных факторов психической патологии также накопили немало аргументов, которыми трудно пренебрегать. Тем не менее по-прежнему многие биологически ориентированные психиатры скептически относятся к вкладу психологических и социальных факторов в возникновение и течение психических расстройств, вплоть до их полного отрицания. Примером такого отношения является высказывание одного из крупных современных психиатров Великобритании: «Не может быть чересчур биологической психиатрии... базисными науками для психиатрии являются биохимия и молекулярная биология, а не психология» (Guse S. — 1989. — P. 315).

Вместе с тем многие представители психиатрической науки внесли и вносят большой вклад в преодоление биологического редукционизма. Они предостерегают от него тех представителей медицины, которые принимают успехи биологической психиатрии за доказательство истинности органической модели: «Мы должны быть очень осторожны, избегая регрессии к “мифологии мозга 19-го столетия”, наивному убеждению, что человеческое поведение и психические расстройства можно полностью объяснить с помощью нейрофизиологии и других нейронаук. Холистический подход должен помочь нам избежать скатывания в подобный редукционизм» (Lipowski Z. — 1981. — P. 894).

Рост критического отношения к редукционистским биологическим моделям отмечается и в отечественной психиатрии (Кабанов М.М. — 1998; Краснов В.Н. — 2001; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. — 2004 и др.), все большее внимание уделяется психологическим и социальным факторам психических расстройств.

[1] Виды расстройств психических функций: афатические — речевые, апраксические — двигательные, агностические — перцептивные.

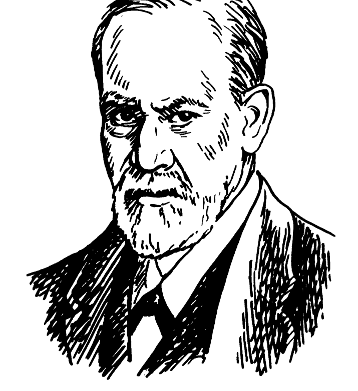
психического здоровья как таковая … биологической модели. Понятие психической нормы редуцировалось к биологическим показателям нормального функционирования организма, в первую очередь центральной нервной системы, т.е. вопрос о психической норме сводился к вопросу о биологической норме. При недостатке знаний о биологических механизмах расстройств основным ***критерием нормы***, следующим из концепции психического расстройства как проявления скрытой органической, но неизвестной причины, ***является отсутствие симптомов***. Такое негативное определение (норма как отсутствие симптомов) не устраивало многих исследователей, что мы увидим при рассмотрении других моделей.

На практике критерием постановки диагноза психического расстройства служат выработанные в научном сообществе представления о формах нарушения поведения и переживания, биологические же факторы могут учитываться при постановке диагноза лишь в комплексе с этими критериями. Опыт многочисленных исследований свидетельствует, что между мозговыми нарушениями и психическими симптомами нет жестких и однозначных взаимосвязей. Существует мнение о необходимости профилактического медикаментозного лечения шизофрении у людей из группы повышенного риска, определяемого наследственной отягощенностью и рядом конституциональных особенностей. Однако имеющиеся попытки такого вмешательства производятся только при наличии явных симптомов психической дезадаптации, так как сами по себе биологические отклонения не являются основанием для постановки психиатрического диагноза и лечения. Можно сказать, что они составляют фактор риска или уязвимость к болезни, но не саму болезнь.

2.4. Психологические модели

Психологические модели, в отличие от биологических, не сводят психическую патологию к органическим нарушениям, т.е. не рассматривают их как эпифеномен биологического функционирования, а стремятся вскрыть собственно ***психологические механизмы*** ее возникновения. Другим важным отличием этого подхода является направленность на разработку психологических моделей психической нормы и нормального развития, которые не разрабатывались в рамках биологических моделей.

Биологические модели были первыми научными моделями. Роль психологических факторов в психической патологии впервые была убедительно показана в конце XIX в. в исследованиях истерии. З. Фрейд не только развил эти идеи, но и создал совместно



Зигмунд Фрейд
(1856—1939)

скую модель психического расстрой-ства на примере истерии. Несколько позднее и принципиально с других позиций американский психолог Дж. Уотсон предложил свою модель психической патологии.

Первые психологические модели психической нормы и патологии — ***психоаналитическая модель*** З. Фрейда и ***модель классического научения*** Дж. Уотсона положили начало динамической и когнитивно-бихевиоральной традиции в клинической психологии. Эти наиболее ранние психологические модели объединяет подход к развитию как детерминированному лежащими вне человеческого сознания и вне человеческой активности силами. Для З. Фрейда — это энергия биологических инстинктов, прежде всего энергия либидо, для Дж. Уотсона — сила воздействия определенным образом организованной внешней стимуляции. Вследствие этого обе модели также нередко обвиняют в редукционизме, однако в них впервые были описаны собственно психологические механизмы нормального развития и возникновения патологии — динамика бессознательного и законы научения.

Пионером в разработке психологических моделей психической патологии является **Зигмунд Фрейд**. Впервые гипотеза о ведущей роли психологических факторов в возникновении психического расстройства была выдвинута в отношении истерии представителями школы Нанси (по имени французского города, где были проведены первые опыты лечения истерии с помощью гипноза психиатрами И. Бернгеймом и А. Льебо, которые приводили к чудесному исчезновению таких психосоматических симптомов, как истерическая слепота или истерический паралич). Ж. Шарко оспаривал эту гипотезу, утверждая биологическую природу истерии в виде дегенеративных процессов головного мозга, но впоследствии не только принял гипотезу своих оппонентов, но и приложил много усилий для ее обоснования. З. Фрейд в 1885 г. приехал учиться у Ж. Шарко и узнал о методах лечения истерии в школе Нанси. Совместно с И. Брейером З. Фрейд продолжил исследования истерии и пришел к выводу о важной роли бессознательных психических процессов в возникновении и течении этого расстройства. Его модификация гипнотического метода заключалась в поощрении свободного высказывания пациентов во время гипноза, что проливало свет на связь между психоло-

Теория нормы и патологии З. Фрейда претерпела значительные изменения в процессе развития. На первом этапе черты механистического детерминизма были особенно заметны. Этому этапу соответствовала концепция патологии, получившая название *теории травмы*. Работа психики рассматривалась по аналогии с работой машины, имеющей строго определенное количество энергетических ресурсов. З. Фрейд назвал эти ресурсы энергией либидо. Предохраняя психику от опасного «перегрева», травматические переживания вытесняются из сознания в бессознательное. Вытесненные в бессознательное воспоминания о пережитой травме вместе с аффектом захватывают часть психической энергии, которая оказывает мощное давление на цензуру — «мембрану», отделяющую сознание от бессознательного. Это, в свою очередь, приводит к «сбоям» в работе психической машины — уменьшается энергия, необходимая для решения конструктивных жизненных задач, появляются болезненные симптомы.

Таким образом, выстраивалась цепочка жестких причинно-следственных связей: *травма — вытеснение — сбой в распределении либидонозной энергии — симптомы психического расстройства*. Итак, первая психологическая модель психической патологии — это травматическая энергетическая модель, согласно которой психотравма приводит к блокаде либидонозной энергии. Она возникла в результате работы с больными истерией, которые в состоянии гипноза сообщали о различных психотравмах в прошлом, причем зачастую речь шла о сексуальном насилии. Сбои в энергетической регуляции психики возникали и в результате отсутствия своевременной разрядки (удовлетворения либидонозных потребностей). Таким образом, здоровая психика понималась как исправно работающая машина, расходующая энергию либидо на разнообразные конструктивные цели и задачи.

Позднее З. Фрейд создал модель, которая рассматривает психическую патологию в контексте онтогенетического развития. В результате был сделан определенный шаг от механистического детерминизма в направлении более сложного понимания причинно-следственных связей. Кроме того, это привело к разработке проблемы нормального развития, его основных детерминант и этапов. З. Фрейд фактически отождествлял психическое развитие с процессом сексуального созревания и постулировал движение либидонозного инстинкта по определенным стадиям — оральной, анальной, фаллической, генитальной (в соответствии с основными эрогенными зонами, сменяющими друг друга в процессе развития). Успешное прохождение этих стадий является основным условием психического здоровья. Если же при прохождении той или иной стадии возникают серьезные трудности и конфликты при удовлет-



Джон Уотсон
(1887—1958)

ных потребностей, то происходит вытеснение конфликтов в бессознательное и фиксация на соответствующей стадии с характерными психологическими проблемами. Вследствие этой фиксации личность не достигает полноценной психической зрелости. Так, преждевременное или чересчур резкое отнятие от груди может вести к фиксации на оральной стадии, впрочем, так же, как и чрезмерно долгое кормление грудью. Таким образом, *для достижения психического здоровья необходимо балансировать между чрезмерным ограничением и чрезмерным потаканием* — и то и другое ведет к фиксации на соответствующей стадии. З. Фрейд призывал родителей быть чуткими к естественным процессам и потребностям ребенка и обслуживать их без излишнего потакания, но и без суровых ограничений.

Модель нормы и патологии **Джона Уотсона** возникает в оппозиции к модели З. Фрейда. В 1920 г. американские газеты объявили о рождении новой модели: «Фрейдисты ошибаются, невроз — это просто дурная привычка!» Модель Дж. Уотсона — это классический образец механистического детерминизма. Его знаменитая схема объяснения человеческого поведения стимул—реакция, заимствованная из психофизиологии, является предельно упрощенной моделью человеческой психики. Машинообразность поведения здесь выступает особенно явно. На определенном этапе простота данной модели стимулировала психологические исследования, но позднее стала тормозом, вследствие чего подверглась критике и преобразованию в рамках когнитивно-бихевиоральной традиции.

Для Дж. Уотсона *психически здоровая личность — это личность с правильно сформированными условными связями (рефлексами), навыками или привычками*. Правда, критерии «правильности» Дж. Уотсон так и не сформулировал, и в этом смысле его модель психического здоровья стала удобной базой для разного рода социальных манипуляций. Из его книги о воспитании можно понять, что положительное подкрепление в виде ласки и других поощрений нужно использовать чрезвычайно скупо и избирательно и только когда ребенок совершил что-то хорошее, полезное. Воспоминания его жены и сыновей свидетельствуют о том, что такая система воспитания была довольно мучительна для

сона в общении с другими лю... 1998.)

Дж. Уотсон видел основную причину патологии в различных культурных условностях, нормах, мифах и ритуалах, он призывал общество отбросить все старые традиции воспитания и воспитывать детей по принципам научной бихевиоральной психологии, т. е. на основе теории условных рефлексов формировать нужные рефлекторные связи и тормозить нежелательные. Причина патологии, согласно Дж. Уотсону, — это неправильно сформированные реакции. Их возникновение можно предотвратить, опираясь на теорию условных рефлексов.

По З. Фрейду, среда удовлетворяет и ограничивает врожденные потребности, сбалансированность этого процесса, определяет характер развития человека и возникновение у него психических отклонений. По Дж. Уотсону среда формирует нужные формы поведения на основе врожденных безусловных рефлексов. В первом случае речь идет о правильном удовлетворении потребностей, о чутком сопровождении процесса сексуального созревания, а во втором — о правильном использовании биологических потребностей и безусловных рефлексов, что является скорее дрессурой.

З. Фрейд полагал, что потребности живут своей жизнью помимо контроля и сознания человека в системе бессознательного. Дж. Уотсон считал, что потребности можно полностью контролировать путем правильного воспитания. Первый полагал основной источник развития внутри человека, а второй — во внешней среде.

Биологическим органическим моделям психических расстройств З. Фрейд противопоставил психогенетическую концепцию. При этом он подчеркивал, что современная медицина должна признать самостоятельную силу психического, которое также может влиять на организм, как и организм на психику. *Этот диалектический тезис о взаимосвязи органического и психического является важнейшим вкладом З. Фрейда в развитие теоретических концепций нормы и патологии.* В своих знаменитых лекциях по введению в психоанализ, рассматривая проблему нормального и патологического страха, он отмечал несводимость психологических связей и механизмов к биологическим. З. Фрейд специально подчеркивал отличия психоанализа от биологического медицинского подхода: «Там (в медицине. — *А. Х.*) кажется интересуются прежде всего тем, какими анатомическими путями осуществляется состояние страха. Это значит, что раздражается Medulla oblongata[1], и больной узнает, что стра-

[1] *Medulla oblongata* — продолговатый мозг.

серьезный и красивый объект. Я хорошо помню, сколько времени и труда посвятил его изучению много лет тому назад. Но сегодня я должен вам сказать, что не знаю ничего, что было бы дальше от психологического понимания страха, чем знание нервного пути, по которому идут его импульсы» (Фрейд З. — 1991. — С. 251).

Однако и Дж. Уотсон указывал на важность психологических факторов в психической патологии, критикуя биологический редукционизм: «Когда патолог или физиолог посещают психиатрический госпиталь, то они склонны искать адекватное объяснение состояния в терминах "повреждения мозговых клеток", "заражения", "отравления" и т. п. Для многих из них, как и для постороннего человека, кажется невозможным представить себе, что исчерпывающий ответ о болезни пациента с причинной точки зрения может быть дан, не прибегая к патоанатомии, физиологии или медицинской химии. Многие считают, что в таких случаях (чисто функциональных случаях) неврологические и химические тесты необходимо должны обнаружить некоторые отклонения от нормы, а если не удается обнаружить никакого органического расстройства, то они настаивают на том, что подобные изменения все же существуют, но они носят настолько тонкий характер, что ускользают от наблюдения. Возможно, что подобный взгляд находит подтверждение во многих случаях, но нарастает убеждение в том, что нет необходимости в нахождении организмических повреждений для объяснения подобных фактов и что если они и найдены, то они не непременно оказываются важными факторами. Другими словами, мы можем иметь больную личность на основе извращения навыка — извращения, доведенного до такой степени, когда компенсирующие навыки (полезные навыки) недостаточны для того, чтобы поддержать индивида в обществе» (Уотсон Дж. — 1998. — С. 670).

Центральные категории классического психоанализа — это *инстинкт*, *либидо* и *бессознательное*. Дальнейшее развитие представлений о нормальном развитии и патологии в рамках психоанализа выдвинуло в центр внимания характер интерперсональных отношений с близкими фигурами детства. Решающим для нормального развития последователи З. Фрейда стали рассматривать не просто адекватное удовлетворение либидонозных потребностей, а качество отношений с объектом привязанности. Число важнейших потребностей человека резко расширилось — теперь это и потребность в кооперации, в привязанности, в безопасности, в автономии и так далее. Таким образом, в своих представлениях о нормальном развитии и патологии психоанализ развивался от акцентирования внутренней детерминации в сторону все большего внимания к внешней детерминации. Одно-

причинн… нимани… развития психики в норме и патологии.

Центральными категориями классического бихевиоризма являются *поведение* и *научение*. Классический бихевиоризм отказался от самого понятия внутреннего или психического, как принципиально не доступного объективному изучению, и заменил его на категорию поведения, а все детерминанты развития локализовал во внешней среде. Однако дальнейшее развитие бихевиоризма пошло по пути все большего внимания ко внутренним детерминантам поведения — к когнитивным процессам, и в первую очередь к мышлению.

Таким образом, при всей противоположности этих двух традиций и разной трактовке нормального развития и механизмов возникновения патологии можно констатировать в самом общем виде определенное движение навстречу друг другу, что указывает на тенденции сближения и возможности разработки более общей и всеобъемлющей теории в клинической психологии.

Это представляется крайне важным, так как психологические теории нормального развития оказывают значительное влияние не только на практику психологической помощи больным, но и на широкую практику воспитания и обучения в обществе. Динамику этого влияния можно заметить на примере рекомендаций по кормлению грудью молодым матерям. На смену строгим правилам, основанным на условных рефлексах теории научения (кормить дозированно и в строго определенное время, как можно меньше брать на руки и т. п.), пришли правила, вытекающие из психодинамических теорий (см. гл. 3), ставящих во главу угла эмоциональный комфорт ребенка и его коммуникацию с матерью (кормить по требованию, чаще брать на руки и т. п.).

По мнению авторитетных исследователей, самые разные современные психологические подходы в их трактовке нормы и патологии объединяют следующие моменты (Bastine R. — 1998).

1. ***Постулат о континуальности**, или **непрерывности**, **перехода от нормы к патологии***, т. е. отрицание качественных различий и полагание лишь количественных различий в поведении и психическом функционировании здорового и психически больного человека.

2. ***Постулат об общих принципах и механизмах функционирования психики в норме и патологии*** (например, в бихевиоризме это принцип научения, в психоанализе — механизмы психологической защиты и т. д.).

3. ***Признание важности социального контекста*** как для выработки самого определения психического расстройства, так и для его возникновения, течения и лечения.

психологических ...

концепции психических расстройств. В своих крайних представлениях эти модели также ограничены, как и биологические, т.е. также грешат редукционизмом. Современная клиническая психология и психиатрия стоят на пороге выработки интегративных синтетических моделей и прошли уже определенный путь в этом направлении.

Рассматривая противоречия между биологическими и психологическими моделями как противоречия двух парадигм — медико-биологической и социально-гуманитарной, Р. Бастине подчеркнул временный характер этого противоречия: «Наряду с содержательно-научными аргументами на кону стоят общее своеобразие социально-научных и медицинских дисциплин, а также конкретные профессионально-политические интересы. По этим причинам еще некоторое время будет сохраняться эта оппозиция, хотя научный ригоризм как ответ на кризис парадигмы имеет лишь транзиторную функцию и должен быть завершен созданием интегративной метаконцепции» (Bastine R. — 1998. — S. 74).

Как биологические, так и психологические модели нормы и патологии были подвергнуты ожесточенной критике представителями социально-нормативных моделей нормы и патологии, которые будут рассмотрены в следующем параграфе.

2.5. Социально-нормативные модели

О влиянии общества, социума, существующих культурных норм на критерии психической нормы и патологии мы уже упоминали, цитируя Е. Блейлера (см. 2.3).

В обыденном сознании критерием патологии чаще всего выступает необычность и непонятность поведения с точки зрения принятых в данном социуме норм. Нелепость поведения в известной мере может служить основанием для гипотезы о наличии психического расстройства, в то же время ее отсутствие не является доказательством здоровья. Часто первые признаки заболевания воспринимаются ближайшим окружением как плохой характер, распущенность, неумение взять себя в руки. Это было точно подмечено еще Сократом: «Если кто-нибудь считает себя настолько большим, что сгибается, проходя в городские ворота, или считает себя настолько сильным, чтобы носить на себе дома, того все признают душевнобольным, но впадающий в меньшие заблуждения вовсе не представляется людям сумасшедшим, ибо только большая явная нелепость признается людьми душевной болезнью» (цит. по: Роговин М.С. — 1981. — С. 16).

ных и исторически преходящих, но культивируемых в данном социуме норм служит поводом для обвинения в «ненормальности». Достаточно вспомнить, как был объявлен сумасшедшим П.Я. Чаадаев за свои нонконформистские философские идеи и нежелание следовать определенным правилам высшего общества. А вот замечательное высказывание А. Белого об относительности понятия нормального: «В мое время — все общее, “нормальное”, не субъективное, неудачливое шло по линии наименьшего сопротивления: в моем кругу, и потому среди молодежи, вышедшей из средне-высшей интеллигенции, “нормальна” была — разве опухоль мещанского благополучия ...; “здорова” было главным образом тупость; “обща” была безответственная умеренно-либеральная болтовня, в которой упражнялись и Ковалевские и Рябушинские; *социальность означала прежде всего... покладистый нрав* (выделено мною. — *А.Х.*). Иные из нас задыхались во все заливающем мещанстве, в пику обстанию аплодировали всему “ненормальному”, “необщему”, “болезненному”, выявляя себя и антисоциально; “чудак” был неизбежен в нашей среде; “чудачливость” была контузией, полученной в детстве, и непроизвольным “мимикри”: чудаку позволено было то, что с “нормального” взыскивалось» (Белый А. — 1990. — С. 19). И далее: «Я хочу, чтобы меня поняли; “чудак” в условиях современности — отрицательный тип; «чудак» в условиях описываемой эпохи — инвалид, заслуживающий уважительного внимания» (там же. — С. 20).

Так оправдывался писатель А. Белый за свою «ненормальность» перед послереволюционной Россией, в которой со временем на место «ненормальности» декадентов была поставлена «ненормальность» диссидентов. Злоупотребления, существовавшие в советской психиатрии[1], еще раз доказывают, насколько драматичной является проблема психической нормы и патологии и какого серьезного внимания она заслуживает. И все же релятивистский статистический взгляд на норму продолжает существовать в силу ряда причин. Привлекательной оказывается его простота. Все психические нарушения при этом объединяются в одну категорию по принципу отклонения от «нормального», которое понимается как общепринятое или среднестатистическое, при этом в эту же категорию попадает любое отклоняющееся или так называемое девиантное поведение.

[1] Имеется в виду использование психиатрии в политических и идеологических целях для расправы над инакомыслящими. Об этом можно прочитать в ряде материалов Независимой психиатрической ассоциации (напр. Савенко Ю.С., Виноградова Л. Н. — 1996).

В Америке в 1960-е гг. возникает бурное движение общественного протеста против социально-нормативного подхода к психическим расстройствам, который оказывал значительное влияние на психиатрию. С нашей точки зрения, укоренение этого подхода в американской психиатрии и психологии тесно связано с доминированием бихевиоральной модели нормы и патологии (см. 2.4).

Напомним, что Дж. Уотсон видел в бихевиоральном подходе способ решения всех проблем психического здоровья при отсутствии сколько-нибудь четких критериев последнего. В рамках этого подхода в качестве основного механизма развития патологии рассматривалось неправильное научение, ведущее к формированию нежелательных реакций и форм поведения. При этом критерии желательности и нежелательности были настолько размытыми, что создавалась реальная опасность манипулирования ими.

Основная цель лечения при открытом или неосознанном следовании данной модели заключается в оттормаживании нежелательных реакций и целенаправленном формировании социально желательного поведения.

В искусстве была раскрыта оборотная сторона преимущественной ориентации на социальные нормы при лечении психических больных (например, фильм «Пролетая над гнездом кукушки» режиссера М. Формана по одноименной книги К. Кизи). Крайнее выражение такого подхода — *лоботомия* — операция, которой был подвергнут герой вышеупомянутого произведения, заключается в разрушении определенных участков лобных долей головного мозга, что превращает людей в хорошо управляемых роботов. Этот метод был предложен в 1930-х гг. португальским психиатром Э. Монисом и активно применялся на протяжении ряда лет в лечении некоторых пациентов, что вызвало в обществе целое движение протеста. Контроль за поведением с целью создания управляемого благополучного общества и искоренения всякой психической патологии становится целью многих исследований. Так, известный психофизиолог Х. Дельгадо, проводивший опыты по электрическому раздражению головного мозга животных при вживлении им специальных электродов, в 1969 г. издает книгу «Физический контроль за разумом: путь к психоцивилизованному обществу», в которой предлагает путем установления двусторонней связи между мозгом человека и компьютером распознавать негативные эмоциональные состояния в виде тревоги, депрессии и гнева и устранять их путем раздражения определенных зон головного мозга.

Не менее печальную известность приобрели многие из бихевиоральных воздействий, получившие название *техники модификации поведения*. Их обоснованием стала концепция одного из самых известных психологов-бихевиористов Б. Скиннера. Эти

техники широко применялись как в психиатрических больницах, так и в разного рода исправительных учреждениях и школах. Б. Скиннер считал, что всякое поведение обусловлено внешней средой, которая награждает, наказывает или игнорирует поведенческие реакции животных и людей. Таким образом, возможно целенаправленное формирование социально желательного поведения путем применения специальных техник. Необходимо отметить, что его принципы модификации поведения внесли важный вклад в организацию лечебной среды и процесса обучения и до сих пор с успехом используются в этих сферах (см. гл. 4). Напомним, что сам Б. Скиннер по-настоящему эффективным считал положительное подкрепление желательного поведения и выступал против использования наказаний в модификации поведения.

Однако, как любая научная теория, данная теория могла стать основой для злоупотреблений при отсутствии продуманной системы юридических правил и норм, защищающих права пациентов и ограничивающих возможности злоупотреблений, произвола и некомпетентности специалистов. «Ничто не вызывает такого ужаса у заключенных, как так называемая программа модификации поведения, и это неудивительно», — пишет обозреватель «New York Times» Т. Уикер. «“Модификация поведения” — очень широкий термин, который может означать все, что угодно, — от нейрохирургии до психического обусловливания, описанного в книге “Механический апельсин”. Оно обычно включает экспериментирование с лекарственными препаратами, и почти во всех случаях его цель в том, чтобы получить послушных заключенных, а не исправившихся честных граждан» (цит. по: Наэм Дж. — 1984. — С. 70).

Мы рассмотрим две социально-нормативные модели психической нормы и патологии, в рамках которых социально-нормативный подход был фактически доведен до абсурда и подвергнут жесточайшей критике извне. Это ***теория ярлыков*** (*labeling approach*), зародившаяся в рамках социологии, и так называемая ***антипсихиатрия***, сложившаяся внутри самой психиатрии. Возникновение этих моделей, получивших распространение в 1960—1970-е гг., было связано с кризисом биологической психиатрии, отсутствием убедительного научного обоснования «биологической модели» нормы и патологии. Представители теории ярлыков и антипсихиатрии пытались показать, что современная им биологическая психиатрия руководствуется социально-нормативными, а не научными биологическими критериями душевных заболеваний, так как этих критериев у нее попросту нет. Они также критически относились к психологическим моделям, прежде всего к господствующему в США бихевиоризму. Отказ от негуманных техник модификации поведения, включая нейрохи-

ургию, произошел во многом благодаря давлению сторонников этих направлений, в чем их несомненная заслуга.

Теория ярлыков «относится к традиции феноменологической социологии и символического интеракционизма и рассматривает психические расстройства как результат социальных интерактивных процессов и процессов приписывания свойств» (Bastine R. — 1998. — S. 155). Сторонники теории ярлыков выступили против биологической модели, подчеркивая социальную условность понятия психического расстройства и отсутствие у современной психиатрии четких научных критериев выявления психической патологии, а в конечном счете ставя под сомнение факт ее существования. Они справедливо указали на многие недостатки современной им институциональной психиатрии — психиатрии за закрытыми дверями — и вместе с антипсихиатрами способствовали значительному изменению ее статуса. В частности как теория ярлыков, так и антипсихиатрия дали дополнительный толчок развитию социальной психиатрии и системы амбулаторной помощи. Эти модели повлияли на практику обучения и воспитания в школах, а также способствовали развитию интегративных моделей обучения вместо помещения проблемных детей и детей-инвалидов в специальные школы и классы.

Наиболее цитируемым представителем теории ярлыков является **Томас Шефф** (Scheff Th. — 1973). Приведем девять основных гипотез, с помощью которых он описывал процесс трансформации так называемого резидуального, т.е. незначительного отклонения, в психическое расстройство посредством механизма наклеивания ярлыков, или этикетирования:

1) вначале возникает незначительное отклонение; в основе могут лежать генетические, биохимические, психологические или социальные причины, которые в каждом отдельном случае вряд ли поддаются реконструкции;

2) по сравнению с числом выявляемых отклонений число невыявляемых (т.е. остающихся незамеченными) гораздо больше;

3) эти отклонения часто остаются незамеченными и имеют транзиторную, т.е. преходящую природу, если они не сталкиваются с социальными условиями, способствующими их закреплению, при этом важнейшим, хотя и не единственным фактором их закрепления является отношение общества к этим отклонениям, как к болезни;

4) если же происходит открытое этикетирование этого состояния как болезни, то оно стабилизируется, и его первоначально аморфная структура принимает форму соответствующей болезни, проявления которой во многом определяются существующими социальными стереотипами; эти стереотипы относительно психических расстройств усваиваются уже в детстве;

5) определенный стереотип тут же закрепляется в социальных интеракциях, так как человек принимает ту роль, которую ему приписывают окружающие;

6) если человек ведет себя в соответствии с ожиданиями окружающих, данное поведение подкрепляется;

7) попытки человека вернуться к прежней роли и прежнему статусу (социальному, семейному, профессиональному) отвергаются и наказываются;

8) возникающий после официального присвоения ярлыка ("психически больной", "олигофрен", "шизофреник") кризис приводит к тяжелому душевному состоянию, и человек нередко с готовностью принимает роль душевнобольного со всеми вытекающими отсюда последствиями;

9) таким образом, феномен душевной болезни связан прежде всего с процессом этикетирования, которое является главной причиной закрепления первоначального отклонения. «Жесткость реакции общества определяется степенью первоначального отклонения, властной позицией оценивающего, близостью дистанции этикетируемого к осуществляющим социальный контроль, толерантностью общества к различным девиациям, а также наличием ролей альтернативных роли душевнобольного» (Bastine R. — 1998. — S. 156).

Таким образом, Т. Шефф рассматривал процесс этикетирования как центральный в хронификации и стабилизации возникших отклонений. Это, конечно, вызывает много возражений. В частности, приводит к необходимости свести все мероприятия по изучению и профилактике психических расстройств к профилактике их стигматизации, что является важной, но не единственной задачей. Тем не менее именно Т. Шеффу и другим представителям теории ярлыков мы обязаны привлечением внимания пусть в утрированной форме к проблеме стигматизации или закрепления за больным негативного «ярлыка», которая в современной психиатрии рассматривается в качестве одной из центральных. «***Стигма — это клеймо стыда, позора или неодобрения, которое ведет к отторжению, дискриминации и изгнанию отдельного человека от участия в целом ряде видов деятельности общества*** (выделено мной. — *А. Х.*)» (Доклад о состоянии здравоохранения в мире. — 2001. — С. 21).

Действительно, часто учителя склонны трактовать нежелательное поведение ребенка в школе как психическое расстройство и посылать таких детей за справкой в психологическую консультацию. Ответственность, которая ложится в таких случаях на психолога, заключается не только в диагностике и оказании психологической помощи. Психолог должен всячески стараться избежать стигматизации ребенка в роли душевнобольного. Если же ребенок действительно болен, то вместе с врачом сделать все возможное, чтобы



Рональд Лэнг
(1927—1989)

сформировать адекватное принимающее и поддерживающее отношение к нему учителей и одноклассников.

Другой иллюстрацией являются некоторые формы раздельного обучения, при которых часть детей получает ярлык «дураков», «неполноценных», что нередко гораздо больше мешает их развитию, чем те психологические или органические проблемы, которые привели к отставанию в учебе. Эти последствия необходимо учитывать и проявлять максимальную осторожность, тактичность и деликатность при введении раздельных форм обучения там, где они действительно необходимы в силу различных обстоятельств. Представители теории ярлыков внесли свой весомый вклад в развитие интегрированного обучения на Западе, которое сейчас с трудом пробивает себе дорогу в нашей стране.

Позиции *антипсихиатрии* во многом близки к позициям представителей теории ярлыков, однако отличаются еще большей радикальностью. Антипсихиатрия сложилась под влиянием идей экзистенциальной философии и психологии. Ведущими представителями антипсихиатрии являются английские психиатры **Дэвид Купер** (Cooper D. — 1971) и **Рональд Лэнг** (Лэнг Р. — 1995). В самом названии этого направления заложен его основной смысл — отрицание психиатрии как науки и психических расстройств как болезней. *Психические расстройства рассматриваются как эпифеномены социальных норм и санкций, а психическое здоровье — как условная нормальность привычного для данного общества поведения.* Р. Лэнг вместе с Д. Купером пишут книгу «Разум и насилие: декада философии Сартра 1950—1960» (Laing R., Cooper D. — 1971). Ж.-П. Сартр в предисловии к этой книге высоко оценивает ее как приложение принципов экзистенциализма (таких, как принцип целостности и вчувствования) к психиатрии: «Так же как и Вы я думаю, что невозможно понять психические затруднения извне, на основе позитивистского детерминизма или реконструкции их посредством комбинирования понятий, остающихся внешними переживаемой болезни» (там же. — С. 7). Близок к позициям антипсихиатрии американский психиатр Т. Шаш, выпустивший книгу «Миф о психическом заболевании», в которой он подвергает резкой критике клиническую психиатрию.

Критический исторический анализ развития психиатрии был проделан в ряде работ крупнейшим французским философом

жению антипсихиатров. Получив хорошее образование в области психологии и психиатрии, он посвятил свои труды анализу властных отношений в обществе и в психиатрии, когда власть выступает в функции принуждения и манипулирования. М. Фуко, имевший гомосексуальную ориентацию, сам столкнулся с репрессивными функциями общества и его социальных институтов. Проделав исторический анализ становления психиатрии как социального института, он показал, что психиатрия может быть использована как инструмент подавления и принуждения. Он ставит задачу ограничений, открытости и контроля властных структур в обществе для предотвращения злоупотреблений.

Р. Лэнг организовал одну из первых общин для психически больных (коммуна Кингсли-Холл) с целью установления новых экзистенциальных форм общения между людьми. В своей знаменитой книге о шизофрении «Расколотое Я» Р. Лэнг утверждал, что «нормальность или психоз проверяются степенью схожести или несхожести двух личностей, одна из которых по общему согласию является нормальной» (Лэнг Р. — 1995. — С. 30). Гротескность и кажущаяся абсурдность представления больного шизофренией как просто живущего в другом мире страдающего человека была оправдана желанием автора привлечь внимание к личности больного, к психологическим аспектам его страданий.

Постепенно внимание Р. Лэнга переходит с внутреннего мира психически больного человека на социальный контекст. Все большую роль в возникновении психозов он стал отводить семейному и социальному окружению. Его подход складывается под влиянием исследований коммуникаций в семьях больных шизофренией, инициированных известным культурологом Г. Бейтсоном (см. 7.2). Совместно с А. Эстероном Р. Лэнг пишет книгу «Здоровье, безумие и семья». В ней формулируется один из важнейших тезисов антипсихиатрии: бессмысленно противопоставлять нормальное и ненормальное, так как «шизофреногенные» семьи ничуть не отличаются от типичных семей современного общества, которые авторы называют «семейными гетто», где, по их мнению, царят условия взаимного терроризма, обмана и насилия. Р. Лэнг направляет все усилия на разоблачение современного общества, психиатрию же он рассматривает в качестве инструмента социального террора.

В результате Р. Лэнг стал одним из идеологов *контркультуры* — массового движения западноевропейской и американской молодежи, выросшего из движения «новых левых». Как известно, часть представителей этого движения обратилась впоследствии к прямому террору, разуверившись в возможности мирного изменения общества. Другая часть увлеклась идеей трансформации сознания как способом ухода от неудовлетворяющей их реальности.

Согласно идеологам контркультуры такое новое мистическое сознание было призвано заменить техницизм современного мышления и преобразовать жизнь человечества. Контркультура была ориентирована на пропаганду наркотиков и галлюциногенов, что способствовало росту ее дискредитации как общественного движения. «Таким образом, антипсихиатрия явилась отражением не только психологических и психиатрических теорий, но и ряда социальных процессов. Так как Лэнг и его последователи отталкивались именно от психиатрической практики, созданный ими вариант контркультурного мистицизма обладает рядом специфических черт. Подвергая критике современную цивилизацию, они противопоставляют ей мистический опыт больного-психотика» (Тихонравов Ю.В. — 1998. — С. 192).

В еще одной нашумевшей книге под названием «Политика опыта» Р.Лэнг пишет о тотальном отчуждении человека в современном мире. Согласно Р.Лэнгу, то, что в обществе называют «нормальным», является результатом искажения «живого» опыта под воздействием социальных норм. Наиболее здоровая часть психики — сфера свободной фантазии — более всего подавляется в современном мире. Все формы психиатрической и психологической помощи рассматриваются им как ***техники контроля и манипуляции***. Он приходит к утверждению, что психически больные — это те, кто начал выздоравливать, в то время, как так называемые здоровые тяжело больны, хотя и не подозревают о своей болезни. То, что они принимают за реальность, на самом деле социально разделяемые галлюцинации, так как они отчуждены от своих истинных чувств и истинного опыта.

Увязывание лечения психически больных со всякого рода мистической практикой вызывало резкую критику со стороны многих психиатров. Шизофрения — одно из наиболее опасных психических расстройств — превращается в идеал, к которому надо стремиться, шизофренический психоз — в средство избавления от «иллюзорной» реальности.

Антипсихиатрия смыкается с ультралевыми движениями, которые участвуют в акциях против психиатрических клиник. Главным идеологом этого движения становится Д. Купер — автор самого термина «антипсихиатрия». Он пишет работу «Смерть семьи», где описывает коммуны, которые должны прийти на смену семье, призывая к «сексуальной революции» и «революции безумия», сексуальным и психоделическим экспериментам: «Освобождение должно закончиться на поле революционной битвы, но оно должно начинаться в постели... У ружей, конечно, есть свое назначение, но постель, возможно, является величайшим не использованным секретным оружием революции» (Cooper D. — 1971. — P. 118). Позднее Д. Купер отходит от радикального отрицания необходимости лекарственного лечения психически больных, но по-прежнему критикует систему помещения пациентов в психиатрические клиники.

Скандальные публикации антипсихиатров поначалу вызвали во многом справедливую критику и волну возмущения среди врачей, однако со временем сыграли свою важную роль в изменении лица современной психиатрии за рубежом. Они привлекли внимание к социальным аспектам болезни, справедливо подчеркивая, что психическая болезнь не сводится к биологии. Это дало дополнительный толчок ***деинституализации*** — процессу сокращения психиатрических стационаров и развития системы амбулаторной помощи, что предотвращало изоляцию и отрыв больных от широкого социума. Осознание разрушительных для психики последствий длительной госпитализации и изоляции от общества, способствовало развитию социальной психиатрии, социального и психологического сопровождения больного, утверждению его юридических прав.

Еще раз зафиксируем экстремизм и непродуктивность позиции как представителей теории ярлыков, так и представителей антипсихиатрии. Подобно представителям биологических моделей психических расстройств, сводящих психические расстройства к чисто биологическим факторам, представители данных моделей сводят болезнь к социальному этикетированию, доходя до абсурдного отрицания самого прагматического понятия психической болезни, дающего людям право на помощь и лечение. Биологический редукционизм сменяется социологическим, при этом человеческая психика объявляется принципиально непознаваемой рациональными методами, а подлежащей изучению методом герменевтики, т.е. пониманию путем вчувствования.

Важнейшим вкладом дискуссии о роли социальных норм в выделении критериев болезни явилась фиксация значимости этих норм, а также того факта, что ***понятие болезни является не только медицинским, но и социальным, зависимым от процессов в культуре и обществе***. Это хорошо иллюстрируется тем, что состояния, не относившиеся ранее к болезненным, включаются в системы классификации болезней, а другие, наоборот, исключаются из современных классификаций.

Примерами тому являются гомосексуальность и транссексуальность. Если гомосексуальность долгое время рассматривалась в качестве психического заболевания, то транссексуальность, наоборот, была включена в состав психических расстройств сравнительно недавно. Первой в 1980 г. исключила гомосексуализм из своих каталогов американская психиатрическая ассоциация, что было связано с определенным ослаблением влияния церкви и возможностей регламентации сексуального поведения, с одной стороны, а также активной борьбой сексуальных меньшинств за свои права — с другой. Надо сказать, что немалый вклад внесли в

в подавляющем большинстве случаев невозможность, а зачастую ненужность и вредность лечения этой «болезни» (Белкин А. И. — 2000). Наиболее декомпенсирующим, как справедливо утверждали сторонники теории ярлыков, оказывалось именно клеймо позорной болезни, чувство социальной отверженности, что приводило к мучительным переживаниям, а нередко — к неврозам и суицидам.

В настоящее время гомосексуальная ориентация не рассматривается в качестве психического расстройства и изъята из Международной классификации болезней, за исключением тех случаев, когда эта ориентация представляет проблему для самих носителей. На этот случай в американской классификации предусмотрена такая диагностическая категория, как «гомосексуализм, несовместимый с образом Я». В нашей стране гомосексуализм сравнительно недавно перестали считать психическим нарушением. О судьбах «пасынков природы» и тяжелых последствиях социальной нетерпимости к «инаким, не таким как все» написано в книге отечественного психиатра и психоэндокринолога А. И. Белкина «Третий пол» (там же. — 2000). Эта книга представляет собой образец борьбы ученого с социальным этикетированием во всех его проявлениях.

Что касается транссексуальности, то этот вид сексуального расстройства был описан психиатрами в середине XIX в., а в качестве отдельной диагностической категории был включен в американскую, а затем и в международную классификацию болезней лишь в 1980-х гг. Для людей, страдающих транссексуализмом, это было крупным завоеванием, так как, в отличие от людей с гомосексуальной ориентацией, они стремились к лечению и операционной помощи для изменения пола на противоположный. Получить право на такое лечение оказалось непростым делом. Этому предшествовали наделавшие шум прецеденты, когда люди любыми правдами и неправдами добивались операционного вмешательства, но при этом сталкивались с массой юридических проблем вроде необходимости изменения паспортного пола и т. д.

После скандальной истории с солдатом американской армии Джорджем, покинувшим США для операции в Дании и ставшим впоследствии женщиной Кристиной Йоргенсон, проблема транссексуализма становится предметом тщательного научного изучения. Необходимо было искать ответы на целый ряд вопросов: каковы показания и противопоказания к операции, лежат ли в основе транссексуализма психологические механизмы, при каких условиях возможен отказ от операции и т. д. Параллельно совершенствовалась система хирургической и юридической помощи этим пациентам, что оказывало существенное влияние на проблему транссексуализма в современной культуре. Как отмечает

аналитик Ф. Пфеффелин, «взаимовлияние феноменологии картины болезни и возможностей медицинского лечения было и будет важным для транссексуализма» (Пфеффелин Ф. — 2002. — С. 10).

Прагматическое социальное понятие болезни является чрезвычайно важным, так как дает возможность бесплатного лечения через страховые кассы, оплаты нетрудоспособности, инвалидности и т. д. ***В рамках социально-нормативной модели понятия «психическое здоровье» и «болезнь» выступают прежде всего в виде функции социальных и культурных норм.*** Рациональное зерно заключается в том, что развитие представлений о психическом здоровье и болезни социально нормируется, т. е. происходит вместе с развитием общества, включая научные и более широкие общественные представления.

Одной из разновидностей социально-нормативного подхода является ***статистический подход***, который определяет норму как вариации внутри определенной области значений характеристик, описывающих поведение и переживания человека. Соответственно экстремальные отклонения от этой области значений рассматриваются как патология. Статистический подход справедливо подвергался критике (Братусь Б. С. — 1988). Вместе с тем статистические критерии являются важным, хотя и совершенно недостаточным ориентиром для выдвижения гипотез относительно наличия психического расстройства. Р. Бастине (Bastine R. — 1998) привел следующие обоснования этого тезиса.

1. Многие формы активности (талант, креативность) встречаются относительно редко, но являются социально желательными.
2. Широко распространенные формы поведения, например алкоголизация, несмотря на их статистическую распространенность, могут рассматриваться как вредные и отклоняющиеся.
3. Достаточно трудно определить, относительно какой группы будет справедливой данная статистика. В каждой культуре и субкультуре могут наблюдаться свои особенности.
4. Многие формы статистически отклоняющегося поведения не рассматриваются как психические расстройства (например, криминальное поведение).
5. Трудность определения того значения, начиная с которого данное поведение можно рассматривать как отклоняющееся.
6. Чрезмерное следование нормам может свидетельствовать о психических отклонениях: сверхпослушность у детей, сверхнормативность у взрослых зачастую являются признаками глубоких проблем и психических отклонений.

В завершение нам бы хотелось остановиться на проблеме, связанной с отношением общества к психическим больным, так как одна из главных задач клинического психолога — это ***борьба со стигмой***, которая живет и в сознании больного, и в сознании

членов его семьи, и в сознании окружающих людей, а иногда и в сознании самих специалистов, недостаточно осмысливших проблему психической нормы и патологии или не способных эмоционально проникнуться чужой болью. Стигма определяется как признак пренебрежения или недоверия, который отделяет человека от остальных. К сожалению, для многих студентов и специалистов характерен подход «мы и они», т.е. подход к страдающим психическими расстройствами, как сделанным из «другого теста». Такая позиция, даже если она не высказывается прямо, служит изоляции и стигматизации больного.

Помимо усугубления нарушений и страданий, стигматизация способствует отказу от помощи именно у тех, кому она нужна. Люди предпочитают терпеть депрессию и душевную боль, обращаться к экстрасенсам, но не за профессиональной помощью, в которой они действительно нуждаются. Вместо поддержки члены семьи душевнобольного часто видят осуждающие взгляды, страх и отстранение, что приводит их к необходимости скрывать факт болезни и чувствовать себя изгоями. Ужасающей аллегорией этого процесса является повесть-притча чешского писателя Ф. Кафки «Превращение», где заболевший член семьи постепенно превращается в отвратительное насекомое, которое тщательно скрывают от окружающих за закрытыми дверями (Кафка Ф. — 2008).

Неутешительны опросы общественного мнения на этот счет, которые показывают как много предрассудков, страхов и неприязни связано с образом психически больного человека. Зарубежные опросы 1950—1960-х гг. выявили образ непредсказуемого, опасного, коварного и отвратительного человека, в корне отличного от здорового и подлежащего изоляции. Более поздние исследования показывают возросшую толерантность западного общества по отношению к психическим больным (Lamnek S., Tretter F. — 1991). Этому, безусловно, способствовала большая информационно-разъяснительная работа, которая проводится западными здравоохранительными органами в рамках «борьбы со стигмой».

Под руководством М. М. Кабанова проводилось исследование установок по отношению к психически больным в нашей стране (Кабанов М. М., Бурковский Г. В. — 2001). Был проведен уличный опрос лиц молодого возраста с помощью опросника «Стигма». Выявилась довольно высокая готовность к стигматизации больных, в основе которой лежали следующие чувства и представления: 1) страх перед вмешательством девиантных лиц в свою жизнь; 2) страх возникновения у здорового человека каких-то психических нарушений вследствие приписываемых психически больным негативных влияний; 3) страх эмоционального срыва и утраты эмоциональной стабильности в результате контактов с

психически больным. Отношение к психически больным было менее настороженным у лиц, имеющих родственников или знакомых, страдающих психическим заболеванием. Это лишний раз свидетельствует о том, что стигматизация связана с недостаточной информированностью и культурой общества и что негативные установки по отношению к больным можно и нужно менять.

Исследования показывают, что лишь небольшая часть психически больных (по разным данным от 1 до 10 %) совершала деструктивные действия накануне госпитализации. Вероятность насилия у больных, которым было не свойственно агрессивное поведение до заболевания, оказалась даже меньше, чем в общей популяции (Rabkin J. — 1979). Исследователи этой проблемы отмечают необходимость изучения предикторов или факторов риска агрессивного поведения у психически больных (Monahan J., Steadman H. — 1994).

Как показывает анализ, предрассудки относительно душевнобольных основаны на плохой информированности общества, на мифах, существующих вокруг закрытых психиатрических учреждений, а также на том образе душевнобольного, который культивируется в средствах массовой информации, зачастую совершенно неразборчивых с целью «пощекотать нервы» пресыщенному зрителю. Нередко именно тонкие, впечатлительные и неравнодушные к чужой боли натуры становятся жертвами грубости социальных нравов и переживают тяжелые психические срывы. Вот что написал об этом замечательный отечественный психолог, основатель российской школы дифференциальной психологии Б. М. Теплов: «...слабость нервной системы является следствием ее высокой реактивности, чувствительности. Слабая нервная система, если допустимо прибегнуть к аналогии, может быть уподоблена очень чувствительной фотопластинке. Такая пластинка требует особенной бдительности в обращении с ней: она больше всякой другой боится “засвета” или “передержки”... Это, конечно, отрицательное свойство. Но ведь оно является следствием высокоположительного свойства — большой чувствительности» (Теплов Б. М. — 1961. — С. 419). Такие высокохудожественные и достоверные фильмы, как «Человек дождя» Р. Левинсона, «Блеск» С. Хика, «Форест Гамп» Р. Земекиса, делают более понятной ту «инаковость», которая так часто пугает людей, вызывают симпатию и сочувствие.

В последние десятилетия происходит бурное развитие *социальной психиатрии* — части психиатрии, исследующей роль социальных факторов в возникновении и течении психических расстройств (Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. — 2004). В нашей стране «социальная психиатрия проделала сложный и извилистый путь... Сам термин “социальная психиатрия”

был на долгие годы предан забвению, если не сказать остракизму» (Кабанов М.М. — 1998. — С. 5). В настоящее время происходит смена парадигм в медицине, «заключающаяся в переходе от организмо-центрического стиля мышления врача (психолога, социального работника) к эволюционно-популяционному (экологическому)» (там же. — С. 7). Эта смена происходит достаточно болезненно, так как требует глобальной перестройки сознания специалистов и общественного сознания. Постепенно происходит осознание, что общество в той же степени ответственно за состояние психического здоровья, что и врачи, и специалисты (Краснов В.Н. — 2001). Термин «психическое здоровье» начинает пониматься все более широко и рассматриваться в социальном контексте.

В заключение этого параграфа нам бы хотелось развести социально-нормативную модель психического здоровья как следование общепринятым стандартам и систему норм, учет которых необходим при вычленении критериев нормы и патологии. Это возрастные, функциональные, культуральные, идеальные, индивидуальные и другие типы норм. Однако выделение этих норм должно опираться не на критерии и стандарты обыденного сознания или политический заказ, а на научные наблюдения и разработки, культурные ценности общества, задачи оказания своевременной и эффективной помощи и т.д. Учет всех этих норм необходим при выработке критериев психической патологии и решении вопросов диагноза психического расстройства в каждом конкретном случае. На современных подходах к проблеме психической нормы и патологии, опирающихся на опыт всех рассмотренных выше моделей, мы остановимся в следующем параграфе.

2.6. Биопсихосоциальные модели

В современной медицине понятие «болезнь» претерпело очень большие изменения по сравнению с моделью инфекционной болезни Р. Коха и во многом построенной на ее основе моделью психической болезни Э. Крепелина (Weiner H. — 1978). Во-первых, современные исследования не подтверждают принцип единства этиологии и патогенеза — сходные возбудители могут вызывать разное развитие болезни у разных носителей. Во-вторых, происходит отказ от простых причинно-следственных моделей в пользу более сложных и системных. Впрочем, пересмотр представлений о причинности характерен для всей современной науки: «Сегодня у нас совершенно иное представление о причинности. В медицине, так же как и в физике, специфические причины заменены на комплексные цепи событий и последствий, которые находятся в постоянном взаимодействии. Простая идея "причины" стала бессмысленной и служит лишь для обозначения того момента в этой цепи событий-последствий, который легче всего поддается вычленению» (Kendell R. — 1978).

В современной психиатрии, а также клинической психологии биологический, социологический и психологический редукционизм сменяется осознанием необходимости целостного комплексного подхода к проблеме психических расстройств. Вот что пишет об этом известный американский ученый-психиатр З. Липовский: «Психиатры все лучше осознают, что никакой изолированный теоретический подход — психодинамический, бихевиоральный, социологический или биологический — не может охватить феномен человеческого поведения или же проблему психических расстройств. Редукционизм не даст никакого результата. Холистический, всеохватывающий, мультифакторный теоретический подход необходим для науки о человеческом здоровье и болезнях, а значит, и для психиатрии» (Lipowski Z. — 1981. — P. 893).

Представления о психическом здоровье и патологии развивались вместе с прогрессом медицины и психологии — двух областей знания, в которых эта проблема стояла наиболее остро. Очевидно, что модели нормы и патологии развиваются вместе с развитием общества, развитием науки и практики оказания помощи. Это развитие с неизбежностью будет происходить и дальше, ибо меняется общество, а вместе с ним психологические проблемы людей. Если во времена З. Фрейда культуральные запреты на сексуальность способствовали высокой частоте истерических расстройств, то в современном обществе снижается острота сексуальных запретов и на первый план выдвигаются другие проблемы. Например, отмечается рост тревожных и депрессивных расстройств. В результате неизбежно возникают новые практики и подходы к лечению, осмысляются новые аспекты человеческой психики и меняются концепции психического здоровья и патологии.

Вот какое определение ***психического расстройства*** дает Р. Бастине на основе синтеза современных научных взглядов на психическую патологию: «Психическое расстройство — это психологический конструкт для определения комплексного феномена, который используется в различных социальных контекстах. Таким образом, данный конструкт не является независимым от социальных оценок и конвенций, а подвергается модификации в рамках медицинского, юридического, политического и общекультурного контекстов. Не существует естественных, природных критериев разделения психической нормы и патологии. Они зависят от статистических, социальных, идеальных и функциональных критериев, касающихся проявлений и структуры психических процессов; их можно обозначить как конвенции, в основе которых лежат научно обоснованные и социокультурные нормы. Добавим,

что изменениям подвержены не только социокультурные условия, но и связанные с этой проблематикой научные теории» (Bastine R. — 1998. — S. 175).

Важнейшими достижениями в разработке проблемы психической патологии на современной этапе можно считать все большее признание *методологии системного подхода*, тенденцию к синтезу различных частичных научных проекций, за которыми стоят знания и практика разных специалистов (психиатров, психологов, социологов). Отказ от претензии на владение истинным знанием у представителей различных наук приводит к доминированию системных принципов в решении проблемы психического здоровья. Постоянное обогащение и развитие представлений о норме и патологии происходит через осмысление различных практик в конкретном культурном контексте.

Драматический путь к сближению и диалогу разных подходов к норме и патологии ярко описан британским психиатром С. Гребеном:

«Борьба с тенденцией разделить человека на тело и разум была долгой и трудной. Как врач, обучавшийся психотерапии в 1950-х гг., я оказался в ситуации выбора перед двумя противоположными взглядами на серьезные депрессивные расстройства. Медики, бывшие психоаналитиками и, как правило, еще и психиатрами, считали, что основным лечением может быть только аналитически ориентированная психотерапия и что тяжелой депрессией должна заниматься психология, несмотря на тот факт, что у всех пациентов были соматические и вегетативные симптомы... Другие медики, уверенные, что состояние депрессии должно иметь биохимическую подоплеку, предписывали только биологическое лечение. Они считали заблуждением, причем вредным, "трату времени на разговоры" с пациентами, которые страдали от биологических недугов, даже когда в основе болезни явно лежала ответная реакция, а не генетические биологические причины. В этой драматической ситуации произошло значительное улучшение. Сегодня многие психиатры готовы предложить таким пациентам как биологическое, так и психотерапевтическое лечение. Чтобы сократить продолжительность боли, чтобы предупредить возможность неистовства, часто, и даже как правило, прописывают биологическое лечение. В то же время психотерапия имеет дело с другими важными факторами: низкое самоуважение, психосоциальные причины, которые способствуют развитию недуга, и, самое главное, качества характера, которые содействуют возникновению проблем и угрожают возобновлением болезни, если не будут вылечены до конца. Такой многомерный подход в психиатрии рассматривает психологический аспект в лечении не только как приемлемый, но и необходимый» (Greben S. — 1987. — P. 286).

Одна из наиболее известных попыток теоретической интеграции различных аспектов при изучении как соматических, так и психических болезней принадлежит врачу **Джорджу Энгелю**

(Engel G. — 1979, 1980). Опираясь на теорию систем Л. Берталанфи, он рассматривает биопсихосоциальную модель как динамическое единство, включающее различные подструктуры, находящиеся в процессе постоянного изменения и взаимного влияния. Эти подструктуры имеют иерархическую организацию, в основании которой лежат ***физикальные подсистемы*** (частицы и атомы), а далее следуют — ***органические подсистемы*** (в виде клеток, органов и систем органов), ***личностные подсистемы*** (в виде переживаний и поведения личности), ***культурные*** и ***общественные подсистемы***. Каждая подсистема функционирует по собственным законам и поэтому для анализа феноменов каждого уровня необходимы специфические и адекватные этому уровню средства. Находящиеся в иерархическом единстве подсистемы состоят в непосредственном и постоянном контакте и взаимно влияют друг на друга, что выражается в постоянном взаимодействии органических, психологических и социокультурных факторов. В их взаимовлиянии не существует простых линейных причинно-следственных связей: все причинные связи комплексные и сложные.



Джордж Энгель
(1913—1999)

Рассмотрим эти комплексные связи на примере психического расстройства, которое известно в современной международной классификации болезней (МКБ-10) как паническое расстройство. Паническое расстройство относится к группе тревожных расстройств и выражается в острых приступах тревоги, которые у различных больных могут происходить в транспорте или местах скопления народа, а иногда и дома. Острая тревога сопровождается резкими вегетативными изменениями в виде ускоренного сердцебиения, потоотделения, головокружения, дрожи в руках, слабости в ногах и т. д. При этом больной уверен, что это признак какого-то грозного физического или психического недуга. Часто больному кажется, что он умирает или сходит с ума, что ведет к росту тревоги и усилению вегетативных симптомов. Рассмотрим сложное взаимодействие различных факторов в возникновении и развитии этого расстройства.

Первому приступу панической атаки нередко предшествуют реальные физиологические изменения на фоне длительного недосыпания, физической нагрузки или же злоупотребления алкоголем, чрезмерно крепким кофе (биологический аспект). Сопровождающие физиологические функциональные нарушения ощу-

щения могут вызвать чувство тревоги (психологический аспект), которая неизбежно приведет к усилению неприятных физиологических ощущений (биологический аспект). Это приводит к мысли о тяжелом заболевании и возможной внезапной смерти от сердечного приступа или же возникает страх сойти с ума (психологический аспект).

Отметим, что вышеописанные физические состояния с большей вероятностью возникнут у человека с лабильной нервной системой, а тревожная реакция на них — у человека с повышенным уровнем тревожности и склонностью концентрироваться на физических ощущениях. Указанные особенности являются психологическими и биологическими факторами данного расстройства. В то же время страх за сердце имеет социальные истоки в нашем обществе, где сосудистые заболевания лидируют как причина инвалидности и смерти и об этом много пишется и говорится. Дефицит отдыха, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, нездоровый темп жизни очень характерны для жизни современного человека. Все эти обстоятельства могут способствовать возникновению реакций вегетативной нервной системы, которые трактуются как признак сердечного заболевания. Таким образом, в качестве социальных факторов выступают указанные особенности современного общества.

При этом многие больные стесняются своего состояния, тщательно скрывают свои проблемы от окружающих, так как не хотят проявлять слабость в присутствии других людей. В результате они сокращают общение, начинают избегать социальных контактов и оказываются лишенными поддержки окружающих (социальный фактор), что вторично приводит к росту тревоги и ухудшению состояния. Неопытный терапевт в поликлинике может поставить такому больному диагноз вегетососудистая дистония, не проинформировать его об истинном генезе расстройства (социальный фактор, связанный с организацией помощи данному контингенту), что также может вести к росту тревоги и ожидания тяжелых последствий. Таким образом, развивается стойкое, нередко на многие годы, мучительное расстройство.

Этот пример хорошо иллюстрирует процесс взаимного влияния и взаимодействия всех трех классов факторов (биологических, психологических и социальных). Что здесь является причиной, а что следствием, какие факторы первичны, а какие вторичны — сказать практически невозможно. Реализация принципов системного подхода в разработке проблемы нормы и патологии Дж. Энгелем привела к созданию так называемых биопсихосоциальных моделей различных расстройств. Эти модели стали основой комплексных подходов к изучению и лечению психических расстройств.

В рамках этих моделей снимается вопрос о том, какие факторы главные, он заменяется вопросом о характере их взаимодействия. Только в отношении конкретной проблемы может быть определен удельный вес разных факторов.

Многие современные биопсихосоциальные модели опираются на теорию стресса как основу для системного объединения различных факторов. Это синтетические модели, получившие название *диатез-стрессовых*. В рамках этих моделей выделяются факторы, предрасполагающие к болезни (факторы «диатеза» или уязвимости, риска) и факторы, провоцирующие болезнь (факторы-стрессоры).

Рассмотрим несколько более подробно содержание биологического, психологического и социального аспектов или уровней системной модели. При их рассмотрении уместно еще раз процитировать автора системного подхода Л. Берталанфи. «Всюду системы...» — говорил он, имея в виду воспроизводство системных принципов на разных уровнях анализа объекта. Такие системные связи существуют в рамках биологического, социального и психологического аспектов, каждый из которых раскрывается через набор соответствующих факторов.

Биологические факторы. К этим факторам психической патологии можно отнести генетические, конституциональные, биохимические и депривационные (недостаточное удовлетворение физических потребностей организма) факторы. Как уже говорилось, все они также связаны между собой в определенную систему.

Генетические факторы исследуются при выявлении роли наследственности в происхождении тех или иных заболеваний. Согласно современным взглядам гены обладают лишь частичной *пенетратностью*[1]. Иначе говоря, генетическая информация реализуется только при определенных условиях. Применительно к психическим расстройствам это означает, что наличие у индивида определенного аллеля (одного из парных генов) может повышать риск заболевания, но болезнь не является неизбежным следствием определенного генотипа. Поэтому говорят об *экспрессии генов* — изменчивости их фенотипического выражения. Современные авторы все чаще пишут о том, что экспрессия генов во многом определяется воздействиями окружающей среды, в том числе особенностями интерперсональных отношений. Также показано, что генетические влияния на психические нарушения осуществляются *полигенно* — через совместное действие многих генов. Эти гены могут приводить к анатомическим и биохимическим нарушениям, а также к нарушениям реактивности нервной системы.

---

[1] Пенетратность генов — их способность проявляться в фенотипе.

Для изучения роли генетических факторов в психической патологии широко используется *генеалогический метод* — исследование родственников разной степени родства с целью выявления связи между степенью родства и частотой встречаемости заболевания. Более надежным методом, тестирующим роль генетических факторов является *близнецовый метод*. Он основан на сравнении монозиготных и дизиготных близнецовых пар в плане наличия у них той или иной психической патологии. Монозиготные близнецы имеют 100 % общей генетической информации, в то время как дизиготные — лишь 50 %, т. е. столько же, сколько обычные сиблинги.

Разница в уровне *конкордантности*[1] по тому или иному заболеванию у монозиготных и дизиготных близнецов свидетельствует о вкладе генетических факторов. Так, для шизофрении, по данным разных авторов, эти цифры следующие — 28—50 % конкордантности у монозиготных близнецов и лишь 5—6 % у дизиготных. Значительно более высокий уровень конкордантности у монозиготных близнецов свидетельствует о важном вкладе генетических факторов в данное заболевание. Исследования близнецов представляют собой значительную трудность в силу того, что близнецов не так уж много, выборка эта довольно ограниченна. Кроме того, большее сходство монозиготных близнецов между собой по сравнению с дизиготными способствует сглаживанию различий в средовых влияниях — отношение к ним со стороны родителей, сверстников, учителей и других значимых лиц может быть более сходным, чем в случае дизиготных близнецов. Поэтому полностью развести влияние средовых и генетических факторов достаточно трудно.

Важные данные о вкладе генетических факторов дают *исследования приемных детей*, при рождении разлученных с больными родителями или, наоборот, усыновленных больными родителями. Здесь средовые и генетические переменные контролируются более надежно. Так, если, несмотря на раздельное воспитание, у близнецов или обычных сиблингов отмечается значительное сходство в психических нарушениях, это может быть достаточно надежно связано с генетическим фактором. Если среди детей, выросших с больным родителем, и среди детей, разлученных с больным родителем и выросших в другой семье, отмечается сходный процент определенного психического заболевания, то можно говорить о значительном влиянии наследственности. Также можно говорить о ее важной роли в случае, если расстройства чаще встречаются у приемных детей, разлученных с больным родителем, по сравнению с детьми, разлученными со здоровым родителем.

---

[1] Конкордантность — наличие одних и тех же свойств у обследуемых близнецов.

Для ряда заболеваний (например, шизофрения, биполярная депрессия) доказана важная роль наследственного фактора, а также выявлены определенные биохимические изменения, сопровождающие эти заболевания. Многие психологические особенности человека (уровень интеллекта, уровень итроверсии—экстраверсии) также подвержены влиянию наследственности.

Рассмотрим *конституциональные факторы*. Под конституцией понимаются врожденные или очень рано приобретенные физические и психические особенности. Термин *конституциональная предрасположенность* используется для обозначения суммы негативных характеристик, которые являются факторами диатеза или риска по развитию того или иного психического расстройства. Учение о типах человеческой конституции и их связи с психической патологией разрабатывалось крупным немецким психиатром Э. Кречмером. И. П. Павлов создал учение о типах высшей нервной деятельности и типах характера, в котором подчеркивалось, что особенности характера всегда есть результат синтеза его конституциональных особенностей и влияний социальной среды. В дальнейшем это учение было подвергнуто значительной корректировке, так как закономерности реагирования конкретного животного или человека оказались гораздо более сложными и не укладывались в несколько основных типов.

Типы реагирования маленького ребенка на внешнюю среду — преобладание негативного или позитивного аффекта, быстрота возникновения реакции испуга и т. д. относятся к конституциональным факторам, так как они определяются не только наследственностью, но и средовыми (пренатальными и постнатальными) влияниями. Различные типы реагирования у младенцев были связаны с определенными чертами характера у взрослых. Например, боязливость и раздражительность у младенца связана с такой чертой, как нейротизм[1] и склонность переживать негативные аффекты, что и образует фактор риска или определенную конституциональную предрасположенность к психическим расстройствам. Так, согласно некоторым исследованиям, дети, у которых в детстве выражен боязливый аффект, в дальнейшем чаще заболевают тревожными расстройствами. Такая конституциональная черта, как нейротизм, оказалась характерна практически для всех типов личностных расстройств. Исследования наиболее тяжелых случаев шизофрении выявляют целый ряд анатомических отклонений в развитии головного мозга, а также нарушения тонкой моторики и ориентировочной реакции, что также можно отнести к конституциональной уязвимости.

Многие генетические влияния опосредствованы ***биохимическими процессами*** (*факторами*). В то же время биохимические

---

[1] Нейротизм — высокая лабильность и реактивность нервной системы.

изменения могут происходить и под воздействием внешней среды. Биохимия помогает понять функции нервной, гормональной и иммунной систем при различных психических расстройствах. Особенно большое значение для понимания биологических механизмов психических расстройств в последнее время приобрела нейротрансмиттерная биохимия. *Нейротрансмиттеры* — вещества, регулирующие работу нервной системы. Они синтезируются в нервных клетках и высвобождаются их аксонными окончаниями в синаптическую щель, где выполняют функцию стимуляции рецепторов, принимающих сигнал. Их содержание может быть измерено с помощью специальных биохимических проб. От их работы напрямую зависит эффективность передачи сигнала на синапсы — рецепторы постсинаптической клетки-мишени, принимающей сигнал.

После передачи сигнала происходит распад нейротрансмиттеров, а также их частичный обратный захват пресинаптической мембраной. Обратный захват — важный механизм инактивации клеток после передачи сигнала. К наиболее важным нейротрансмиттерам относятся так называемые биогенные амины — дофамин, норадреналин, серотанин, а также аминокислоты, в первую очередь глютоминовая кислота и гамма-амино-масляная кислота. Нарушения трансмиттерного обмена (например, слишком быстрый обратный захват нейротрансмиттеров в синаптической щели, который ведет к снижению их концетрации) обнаружены при многих психических расстройствах, а существующие психотропные средства направлены на нормализацию трансмиттерной функции ЦНС.

Долгое время доминировала так называемая допаминовая гипотеза шизофрении, которая связала эту болезнь с избытком нейротрансмиттера допамина. Напротив, чрезмерно быстрое разложение или захват серотанина в синаптической щели связывался с депрессивными и тревожными состояниями, а также суицидальным поведением. Норадреналину приписывалась важная роль в реакциях организма на острый стресс. Последние исследования показывают, что в основе разных расстройств лежат довольно сложные нарушения трансмиттерного обмена, несводимые к дисбалансу отдельных трансмиттеров. Большую роль в психической патологии играют тесно связанные с нейрохимией мозга гормональная и иммунная системы.

Наконец, необходимо отметить роль таких факторов, как хороший физический уход, правильное кормление, а также достаточная физическая стимуляция для нормального психического развития. ***Физическая депривация***, как правило, приводит к различным задержкам развития. Последствия физической депривации в раннем детстве с трудом поддаются компенсации в дальнейшем развитии.

Биологические факторы исследуются различными генетическими, нейроанатомическими, биохимическими и психофизиологическими методами, направленными на выявление специфики соответствующих нарушений при тех или иных расстройствах. Однако в этих исследованиях, как правило, трудно дать ответ на вопрос: являются ли эти нарушения причиной или следствием заболевания. Изучение здоровых родственников больных помогает выдвигать гипотезы о биологической предрасположенности к тому или иному заболеванию, на основе выявления сходных особенностей нейрохимической регуляции или анатомических отклонений. Все большую роль приобретают также так называемые проспективные лонгитюдные исследования, когда когорта случайным образом отобранных детей отслеживается в течение ряда лет. Затем анализируются те параметры (наличие больных родственников, определенных свойств нервной системы и т.д.), которые изначально отличали группу здоровых от группы заболевших в процессе наблюдения. Становится все более ясным, что ***биологические факторы находятся в сложных, системных взаимосвязях с факторами окружающей среды и с психологическими факторами*** (Либин А.В. — 2000).

Психологические факторы. Эти факторы также образуют определенную систему. Их выделение произошло в процессе развития психологической науки. К ним можно отнести следующие факторы: личностные (ценности, установки, смыслы, мотивы), когнитивные (процессы памяти, внимания, мышления), аффективные (процессы переживания, способы эмоционального реагирования) поведенческие (поведенческие реакции, навыки, стратегии).

К ***личностным факторам*** относятся мотивы, потребности, ценности, смыслы, установки, убеждения, личностные черты. Они могут способствовать или препятствовать успешной адаптации человека, его способности справляться с различными требованиями жизни. Личностные факторы по-разному рассматриваются в рамках разных теорий личности. Патогенную роль конфликта различных ценностей и мотивов подчеркивали многие представители психодинамической традиции, начиная с З.Фрейда. В социальном психоанализе К.Хорни конфликту христианских ценностей любви к ближнему и ценностей личного успеха и превосходства приписывается центральная роль в неврозах современного человека.

В современной когнитивной психологии и психотерапии проведены исследования, доказывающие важную роль системы убеждений человека в его психическом здоровье. Так, показана важная роль убеждений во враждебности мира, с одной стороны, и собственной слабости и беспомощности, с другой, в происхождении тревожных расстройств.

В современных исследованиях в рамках экзистенцанализа предпринимаются попытки эмпирического доказательства роли таких ценностей, как «самореализация» в психическом здоровье.

В отечественных исследованиях шизофрении было показано, что у этих пациентов снижается социальная направленность личности — направленность на другого человека. Были также описаны изменения мотивационной сферы при различных психических расстройствах, которые показали, что при психической патологии происходит обеднение мотивационной сферы, нарушается иерархия мотивов. Однопиковая мотивация характерна для таких психических расстройств, как различные формы химической зависимости, нервная анорексия и булемия. Таким образом, растет число исследований, доказывающих важную роль ценностей, установок и мотивов личности в психическом здоровье.

Когнитивные факторы оказываются в центре внимания психологов в 1960-е гг. Исследователи отмечают, что способы переработки информации человеком могут быть более или менее эффективными, разрабатываются модели психической патологии, в которых во главу угла ставятся нарушения переработки информации. Так, на основе этих моделей исследователи выявляют специфические нарушения внимания при шизофрении, связанные с трудностями селектирования (вычленения) нужной информации в общем ее потоке. Представители когнитивно-бихевиорального подхода описывают также специфический когнитивный стиль депрессивных пациентов, получивший название негативного селектирования — склонности к вычленению негативных аспектов явлений и событий и игнорированию позитивных. В настоящее время описаны когнитивные стили или способы переработки информации, характерные для разных форм психической патологии.

Важность ***аффективных факторов*** в психической патологии представляется особенно очевидной. В классическом психоанализе в качестве важнейшего механизма психической патологии описывается вытеснение аффектов в бессознательное. В рамках психанализа возникает также концепция алекситимии — особого типа организации эмоциональной сферы, при котором нарушена способность человека к осознанию и вербализации собственных эмоций. Многочисленные эмпирические исследования, которые были проведены на основании этой концепции, показали, что алекситимия является важным психологическим фактором разных видов психической и соматической патологии.

В рамках экзистенциально-гуманистической традиции еще К. Роджерс подчеркивал важность адекватного осознания своего эмоционального опыта, так как неосознанные и вытесненные эмоции ведут к формированию ложной Я-концепции и становятся источником патологических симптомов. Нетрудно заметить, что все эти концепции рассматривают эмоциональные факторы в единстве с когнитивными, так как адекватное осознание собственных эмоций предполагает работу когнитивных механизмов.

В рамках теории черт Г. Айзенка доказана непосредственная связь психического здоровья и такой личностной черты, как *нейротизм*, тесно связанной со стилем эмоционального реагирования. Нейротизм во многом определяется свойствами нервной системы (см. выше «Биологические факторы»). Таким образом, при рассмотрении эмоциональных факторов возникает необходимость увязывания их с биологическими.

Наконец, ***поведенческие факторы*** акцентировались в бихевиоральных моделях психической патологии, которые рассматривают психические расстройства как результат дефицита конструктивных навыков и формирование патологических поведенческих реакций в результате неадекватных средовых влияний. Так, представитель этой традиции М. Селигмен и его последователи показали связь депрессивных состояний с так называемой *выученной беспомощностью — предшествующим опытом неэффективности собственных усилий при решении различных проблем*. В современных исследованиях показана важность конструктивных поведенческих стратегий при решении различных проблем, неконструктивные же стратегии (уход от решения проблемы, неумение обратиться за помощью, расчленить проблемы на составные части и решать их последовательно и т. п.) могут способствовать возникновению различных патологических симптомов.

Итак, накоплено много эмпирического материала относительно специфики личностных, когнитивных, эмоциональных и поведенческих нарушений у разных категорий больных. Однако психологические факторы только условно можно рассматривать в отрыве от социокультурных факторов, с которыми они тесно связаны и нередко обобщенно называются ***психосоциальными факторами***.

Социокультуральные факторы. Попыткой максимально полной систематизации социокультуральных факторов является модель, предложенная У. Бронфенбреннером (Bronfenbrenner U. — 1977), который включил в нее следующие типы социальных систем.

1. ***Микросистема***, под которой понимается конкретное жизненное пространство человека с вполне определенными пространственными, временны́ми и интерперсональными характеристиками, например: дом, школа, рабочее место. В рамках микросистемы человек находится в определенный отрезок времени, в определенном месте и в определенной роли.

2. ***Мезосистема***, которая охватывает все важнейшие микросистемы и представляет собой типичные социальные системы и

институты, в которые человек вовлечен в данный период своей жизни.

3. ***Экзосистема*** представляет собой формальные и неформальные структуры, в которые человек вовлечен не непосредственно, но которые оказывают влияние на его жизнь, например: система профессионального трудоустройства, особенности проживания с соседями, система средств массовой информации, организация управления, коммуникации, передвижения на транспорте.

4. ***Макросистема*** перекрывает все упомянутые уровни и включает законы, правила, предписания экономической, политической, социальной и педагогической систем данной культуры. Она также включает неформальные законы и правила, регулирующие повседневную жизнь.

В самом общем виде все социальные факторы можно разделить на микросоциальные (микро- и мезосистемы), включающие непосредственные социальные связи и условия жизни человека, и макросоциальные (экзо- и макросистемы), включающие более широкие социально-экономические условия его существования.

К ***микросоциальным факторам*** относится система межличностных отношений и связанные с ними негативные нагрузки и поддерживающие позитивные влияния. Важная роль *интерперсональных факторов* для психического здоровья особенно акцентируется в психодинамической традиции, начиная с А. Адлера. Смещение акцента с либидо на интерперсональные отношения характерно практически для всех создателей новых направлений в рамках психодинамической традиции — А. Адлера, К. Юнга, представителей социального психоанализа, теории объектных отношений и психологии самости. Интерперсональные отношения объявляются главным фактором нормального развития также и в теории привязанности Дж. Боулби.

Систематические эмпирические исследования роли межличностных связей в психическом здоровье были продолжены в 1970-е гг. в рамках концепции социальной поддержки. Согласно этой концепции позитивные социальные связи являются важным источником психического здоровья и способности успешно справляться с различными негативными влияниями (Brugha T. — 1995).

В рамках системы микросоциальных факторов особая роль принадлежит *семейным факторам*, к которым относятся особенности организации жизни семьи, стиль родительского воспитания, эмоционального взаимодействия и т. д. Кроме того, семья, сама по себе, может быть рассмотрена как система со своими структурно-динамическими особенностями, которые оказывают важное влияние на состояние психического здоровья ее членов. Исследования семейных влияний были начаты в 1950-х гг. Первые систематические эмпирические исследования влияния семьи на

течение шизофрении были проведены в Великобритании под руководством Дж. Брауна. С тех пор накоплено значительное количество доказательств важного влияния семьи на психическое здоровье ее членов. Эти исследования постепенно вылились в создание отдельного и весьма влиятельного направления в клинической психологии и психотерапии — системный семейный подход к проблеме психической нормы и патологии (см. 7.2).

Начиная с конца 1950-х гг. проводились систематические междисциплинарные исследования, доказавшие важное влияние ***макросоциальных факторов*** на распространение и течение психических заболеваний. Они были подготовлены многочисленными наблюдениями, фиксирующими влияние культуральных и социоэкономических факторов на характер и распространенность психических расстройств. Так, известный американский исследователь социальных факторов Дж. Кассел в 1950-х гг. писал, что при условии предоставления ему соответствующих средств для исследования он мог бы продемонстрировать рост случаев шизофрении, туберкулеза и суицидов в социально неблагополучных областях штата, где он проживал. Он подчеркивал роль неблагоприятных социальных факторов в происхождении всех трех заболеваний и предлагал дать этому триумвирату болезней общее название «шизотуберсайд» («schizotubercide»). За этой позицией отчетливо просматривается влияние биопсихосоциальной модели (Cassel J. — 1962).

Исследования связи, существующей между социальным положением и психическими заболеваниями, выявили большее распространение последних среди городского населения сравнительно с сельским, а в городе главным образом среди мало обеспеченных социальных слоев (Hollingshead A., Redlich F. — 1958). Последние транснациональные исследования в Бразилии, Чили, Индии и Зимбабве показали, что психические расстройства встречаются в два раза чаще среди бедняков, чем среди обеспеченных классов. Выявленная зависимость может быть обусловлена, в частности, большими физическими и психическими нагрузками бедных городских слоев населения по сравнению с сельскими жителями и обеспеченными социальными классами (Desjarlais R. et al. — 1995). Существует концепция, согласно которой психические расстройства скапливаются в беднейших слоях в силу постепенного перехода больных в эту категорию. Однако, несомненно, существует и обратный механизм — бедность и связанные с ней психоэмоциональные нагрузки способствуют возникновению разных форм психической патологии. Последние данные британских исследователей шизофрении подтверждают важность социальных факторов и связанных с ними стрессов для возникновения и течения этого грозного психического заболевания (Fearon P. et al. — 2007).

К патогенным макросоциальным факторам относятся *перенаселенность, загрязненность окружающей среды, высокий уровень насилия и уменьшение социальной поддержки, безработица, бездомность*. Приблизительно половина городского населения в странах с низким и средним уровнем дохода живет в бедности, десятки миллионов взрослых и детей являются бездомными.

Однако и сельское население подвержено значительным стрессам. Известно, что сельская жизнь также насыщена различными проблемами — изоляция, отсутствие транспорта и коммуникаций, ограниченные образовательные и экономические возможности. Наконец, службы помощи концентрируются в больших городах. Поэтому упомянутые выше данные (Hollingshead A., Redlich F. — 1958) о большей распространенности расстройств среди городского населения носят относительный характер. Так, в Китае уровень самоубийств среди сельского населения в четыре раза превышает этот уровень среди городского населения (соответственно 88 и 24 человека на 100 000 населения). В некоторых других регионах показатель распространенности депрессии среди женщин в сельской местности вдвое превышает общий показатель для женского населения (Доклад о состоянии здравоохранения в мире. — 2001). Особенности экономического развития заставляют многих людей мигрировать из сельских районов в город. *Миграция* связана с многочисленными стрессами и также является фактором риска психических расстройств.

Исследование связи распространенности психических расстройств с *половой принадлежностью* показали, что более высокая распространенность депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств ассоциируется с принадлежностью к женскому полу, низким уровнем образования и возрастом после 30 лет. В материалах ВОЗ отмечается: «С учетом всех социально-экономических прослоек разнообразие ролей, которые женщины играют в обществе, подвергает их особому риску психических и поведенческих расстройств по сравнению с другими членами общины. Женщины несут на себе разные обязанности: они выполняют роль жены и матери, они учат и заботятся о других, одновременно с этим они все больше становятся частью трудовых ресурсов, и в одной четверти или в одной трети всех домашних хозяйств они становятся основным источником дохода в семье» (там же. — С. 19). Вместе с тем доказано, что работающие женщины реже страдают депрессией, чем неработающие. Важным фактором психической патологии является сексуальное и физическое насилие, от которого также в первую очередь страдают женщины. По данным ВОЗ (2001), от актов бытового насилия в разных странах страдают от 16 от 50 % женщин. По тем же данным каждая из пяти женщин подвергается изнасилованию или попытке изнасилования в течение жизни.

Тем не менее общая распространенность психических расстройств среди мужчин и женщин примерно одинакова. Но если депрессивными и тревожными расстройствами в большей мере страдают женщины, то расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивными веществами, а также антисоциальные личностные расстройства более распространены среди мужчин (Gold J. — 1998). Для мужчин существуют свои макросоциальные факторы, увеличивающие их уязвимость к психическим расстройствам. В последнее время все чаще пишут о *гендерных факторах* психических расстройств (Мёллер-Леймюллер А. М. — 2004). Это связано с ростом числа депрессивных расстройств и суицидов у мужчин, которые у них, как известно, по сравнению с женщинами значительно чаще имеют законченный характер.

В среднем мужчины умирают на 11 лет раньше женщин. Средняя продолжительность жизни у русских мужчин с 1990 по 1994 г. снизилась с 64 до 58 лет, а для женщин с 74 до 71 года, образовав в результате самую широкую нишу между полами среди индустриальных стран. Эти цифры отражают большую уязвимость мужчин для социоэкономических стрессов (безработица, лишение доходов, потеря статуса и т. д.). «На здоровье действуют не сами экономические перемены. Они преломляются через личную оценку человека и выражаются в чувстве потери контроля, беспомощности, безнадежности и депрессивных симптомах в случае, если сравнительно трудную материальную ситуацию нельзя изменить ни дополнительными усилиями, ни уходом из нее. Исходя из традиционного маскулинизма, мужчины пытаются преодолеть эти негативные чувства с помощью дезадаптивных стратегий» (там же. — С. 7). Культурные стереотипы мужского поведения, выраженные в метафоре «мужчина-стена», предписывают ему запрет на переживание и выражение астенических негативных эмоций, таких как страх и печаль, а также обращение за помощью.

Одно из исследований по профилактике суицидов показало, что 75 % лиц, обращающихся за помощью в службы по профилактике суицидов, были женщины, а 75 % лиц, совершивших суицид в том же году, были мужчины. «Женщины ищут помощи — мужчины умирают» — такой вывод сделали исследователи. Как показывают исследования, уровень запрета на выражение различных эмоций у мужчин значимо выше, чем у женщин (Холмогорова А. Б. — 2006).

Для мужчин также характерны трудности обращения за помощью и такие дезадаптивные стратегии совладания со стрессом, как алкоголь и наркотики. Специалисты все чаще выражают мнение, что многие мужчины пытаются «лечить» имеющиеся у них эмоциональные тревожные и депрессивные расстройства с помощью алкоголя. Различные экологические бедствия, акты насилия, войны ведут к росту случаев так называемого посттравма-

тического стрессового расстройства как среди мужчин, так и среди женщин.

Исследования показывают, что *беспрецедентные масштабы технологических перемен* также представляют собой важный стрессогенный фактор, провоцирующий рост психических расстройств. Революция в области средств связи делает широко доступной различную информацию, что является важным позитивным фактором. Однако вместе с тем это имеет свою оборотную сторону. Средства массовой информации влияют на уровень насилия в обществе, сексуальное поведение, интерес к порнографии. Просмотр видеоигр с актами насилия усиливает агрессивные тенденции (Dill E., Dill C. — 1998). Агрессивная рыночная политика, реклама табака и алкоголя играют значительную роль в стремительном росте их потребления среди населения (Немцов А.В. — 2001). Достаточно сказать, что темпы увеличения средств, расходуемых на рекламу, в три раза превосходят темпы роста мировой экономики. Исследования показывают, что рост проблем, связанных с зависимостью от алкоголя и других психоактивных веществ, напрямую связан с государственной политикой. Снижению их потребления способствуют ограничения на рекламу, запрет на продажу алкогольных напитков лицам, не достигшим совершеннолетия, повышение цен на спиртные напитки и т.д. (Доклад о состоянии здравоохранения в мире. — 2001).

Следует также отметить влияние *этнокультуральных факторов* на распространенность и характер течения различных психических расстройств (Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. — 2003). Известно, что для восточных народов характерно преобладание соматических симптомов, маскирующих эмоциональные проявления депрессивных и тревожных расстройств.

Необходимо отметить такие социокультурные факторы, как *ценности, культивируемые в обществе*. Важность этих факторов для психического здоровья впервые со всей серьезностью проанализировали представители социального психоанализа — К.Хорни и Э.Фромм. Влияние культуры на специфику психических расстройств, в частности деструктивное влияние ценностей общества потребления и конкуренции, представляют собой предмет специальных исследований в современной клинической психологии (Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. — 1999; Тхостов А.Ш., Сурнов К.Г. — 2004).

Так, рост числа расстройств пищевого поведения связывают с культом физического совершенства и заниженными стандартами веса в современном обществе. Многочисленные фитнес-клубы, системы диетического питания превратились в целую индустрию, кровно заинтересованную во внедрении этих стандартов. Растет число людей, подвергающих себя сложным и не всегда безопас-

ным для здоровья косметическим операциям — липосакция (отсасывание жировых отложений), удаление нижних ребер (чтобы талия была изящнее) и т.д. Так, согласно данным популяционных исследований в 1972 г., своим телом были недовольны 25 % женщин и 15 % мужчин, а в 1997 г. эти показатели составили для женщин 56 %, а для мужчин 43 %. Негативное влияние рекламы и других форм воздействия на сознание касается разных сфер жизни современного человека. «Во всем мире становится все более заметной тенденция “добровольно-принудительного”, осуществляемого посредством современных технологий, навязывания отдельным людям и целым сообществам, регионам планеты некой тщательно спланированной системы стандартов, правил, ценностей любой значимой деятельности. Разработка производственных и маркетинговых технологий, а также технологий политических, образовательных, развлекательных подчиняется интересам организаций, собственные цели и ценности которых очень далеки от гуманистических идеалов» (Тхостов А.Ш., Сурнов К.Г. — 2004).

Неуклонно растущий поток исследований приводит к выводу о сложной ***многофакторной биопсихосоциальной природе психических расстройств***. Приведем некоторые данные современных комплексных исследований, направленных на доказательство этого положения. Например, было установлено, что психическая травма в детском возрасте непосредственно влияет на процесс созревания структур головного мозга. Высказывается предположение, что психическая травма приводит к изменениям нейромодуляции и физиологической реактивности (а в раннем детском возрасте — к морфологическим изменениям среднего мозга, лимбических и стволовых структур), проявляющихся в тревоге, которая выражается в ожидании психологических травм и повышенным вниманием к внешним раздражителям с целью выявления опасности.

Заброшенность и депривация в первые годы жизни может задержать развитие коры головного мозга. Объем левого гиппокампа у взрослых с посттравматическим стрессовым расстройством, подвергшихся в детстве жестокому физическому и сексуальному обращению, заметно меньше, чем у представителей контрольной группы (Bremner J. et al. — 1997).

Обследование 708 семей (среди которых были семьи с моно- и дизиготными близнецами, обычными сибсами, приемными и кровными детьми) показало, что конфликтное и отвергающее поведение родителей, направленное на одного из подростков, является важным фактором антисоциального поведения и депрессии у подростков. Это исследование на высоком уровне достоверности подтверждает давно открытую психологами закономерность, что в одной и той же семье разные дети оказываются в

разных средовых условиях в силу различного отношения к ним родителей. Такая «раздельная семейная среда» может выступать фактором риска возникновения психических расстройств и их неблагоприятного течения. Исследователи также делают вывод о влиянии наследственных характеристик детей на качество заботы со стороны родителей (Reiss D. et al. — 1995).

Вот какой вывод делает в обзоре вышеперечисленных комплексных исследований Г. Габбард: «В результате интенсивного изучения психических расстройств исследователи пришли к выводу, что точно прогнозируемые закономерности наследования, сформулированные Грегором Менделем, неприменимы к психической патологии.

Различные формы экспрессии и неполная пенетратность генов характерны для основных психических расстройств. Это свидетельствует о том, что для развития последних необходимо взаимодействие факторов окружающей среды и особенностей развития с генами человека. Изучение пластичности мозга показало, что после активации генов в процессе развития клеток уровень их экспрессии в течение жизни в значительной степени будет зависеть от сигналов, поступающих из окружающей среды» (Габбард Г. — 2001. — С. 8—9).

Вместе с накоплением знаний растет потребность в новой научной методологии, способной по-новому их организовать. Доминирование биопсихосоциальных моделей отражает процесс перехода наук о психическом здоровье в статус неклассических научных дисциплин, решающих сложные, комплексные практические задачи.

Решение этих задач возможно только благодаря совместным усилиям специалистов-исследователей и специалистов-практиков. Процесс фундаментального реформирования службы психического здоровья отражается в ряде тенденций (Краснов В. Н. — 2001): от профессиональной самодостаточности к полипрофессиональному взаимодействию, от врача-психиатра к специалистам по психическому здоровью, от внутрибольничной работы к «полевой» работе, сочетающей организационную и просветительскую деятельность.

Биопсихосоциальные модели — важный шаг на пути преодоления биологического, психологического и социологического редукционизма в подходе к комплексной проблеме психического здоровья человека. Однако это лишь первый шаг в направлении создания системных моделей.

Следует подчеркнуть, что проблема «диалога» составляющих этой модели по-прежнему стоит достаточно остро. «Организм — это биологическая система, общество — социальная. С ними взаимосвязана психологическая система, имеющая свой строй и закономерности преобразования. С целью отграничить ее от других систем Н. Н. Ланге в свое время предложил назвать ее "психосферой". "Общение" систем продуктивно только в "диалоге", где каждая говорит собственным, а не чужим голосом» (Петровский А. В., Ярошевский М. Г. — 1994. — С. 178).

Важнейшая методологическая задача настоящего и будущего — корректная организация этого диалога, реализация потребности в «сборке» этих систем при объяснении сложнейших проблем психического здоровья, в которых человек предстает как живая целостность.

Контрольные вопросы и задания

1. Какие биологические модели нормы и патологии в рамках психиатрии вам известны, как их появление связано с успехами и развитием других отраслей медицины? В чем ограниченность этих моделей с точки зрения методологии современной науки?
2. За что критиковали современную им психиатрию и психологию представители антипсихиатрии и теории ярлыков?
3. Как трактуются причины психической патологии в рамках теории ярлыков? В рамках антипсихиатрии? В чем заключается редукционизм этих моделей?
4. Почему в современной психиатрии уделяется такое большое внимание проблеме стигматизации? Каковы возможные источники стигматизации? Какие вы видите пути борьбы со стигматизацией?
5. Какими основными понятиями оперирует системный подход? В чем отличие системного детерминизма от механистического?
6. Что собой представляют современные биопсихосоциальные модели психической нормы и патологии? Что послужило предпосылками их возникновения? Назовите методологические, теоретические и эмпирические предпосылки.
7. Какие примеры доказывают влияние исторического и культурного контекста на понимание критериев психической нормы и патологии?

Рекомендуемая литература

Братусь Б. С. Место патопсихологии в изучении природы болезни// Вопросы психологии. — 1994. — № 3. — С. 38—42.

Ждан А. Н. История психологии. — М., 1999. — С. 386—388.

Каннабих Ю. История психиатрии. — М., 1994. — С. 323—333; С. 372—382; С. 417—435.

Клиническая психология / под ред. М. Перре, У. Бауманн. — СПб., 2000. — С. 49—62.

Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. Анормальная психология. — СПб., — Питер, 2004. — С. 106—123; С. 126—132; С. 200—215.

Тихонравов Ю. В. Экзистенциальная психология. — М., 1998. — С. 165—198.

Холмогорова А. Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа исследований в области психического здоровья // Социальная и клиническая психиатрия. — 2002. — № 3. — С. 97—104.

Дополнительная литература

Лэнг Р. Расколотое Я. — Киев, 1995. — С. 7—32.
Тхостов А. Ш. Психология телесности. — М., 2002. — С. 115—127.
Финзен А. Психоз и стигма. – М., 2001. — С. 25—44; С. 189—203.
Юдин Э. Г. Системный подход и принцип деятельности. — С. 18—26.

Заключение

В разделе I были рассмотрены теоретико-методологические проблемы клинической психологии, которыми занимается общая патопсихология.

В главе 1 мы остановились на исторических аспектах развития клинической психологии и ее современном методологическом статусе. Острая дискуссионность многих вопросов требует внимательного анализа различных точек зрения, рефлексии пройденного клинической психологией пути и ее сегодняшнего места в системе наук о психическом здоровье. Без такого осмысления дальнейшее развитие клинической психологии будет затруднительно. ***Показано, что в процессе становления клинической психологии как области знания менялся ее предмет — от узких психодиагностических задач до широкого спектра задач психологической помощи при различных психических и соматических заболеваниях, состояниях психологической дезадаптации и нарушениях развития.***

Одним из итогов проделанного анализа является обоснование неизбежности процесса сближения научных предметов клинической психологии и психиатрии (обе науки претендуют на «сборку» накопленных знаний о факторах и механизмах психической патологии в определенную систему) с сохранением их специфики: клиническая психология в отличие от психиатрии изучает процессы нормального развития, а психиатрия занимается разработкой биологических методов лечения, которые не входят в сферу компетенции клинической психологии.

В главе 2 представлены модели психической нормы и патологии, соответствующие разным этапам развития научного знания. Рассмотрена современная трактовка понятия психического расстройства, а также проблема психиатрического диагноза. Показано, что в современной клинической психологии происходит борьба двух научных установок: *эмпирической установки*, уходящей корнями в естественно-научный подход, и *феноменологической установки*, основанной на противопоставлении гуманитарных и естественных наук. Первая установка, при ее абсолютизации, может приводить к бездушному и манипулятивному отношению к конкретному человеку. Вторая установка, выраженная в предельном виде, приводит к солипсизму, невозможности

обобщения и накопления исследовательского опыта, а в конечном счете к отрицанию науки как таковой.

Ряд наиболее радикально настроенных представителей феноменологического подхода отрицают саму возможность изучения человеческой психики, противопоставляя объяснительную психологию, опирающуюся на естественно-научную традицию, и понимающую психологию, исходящую из тезиса об уникальности и неповторимости феноменального мира каждого человека.

Альтернативой такому подходу является *практико-ориентированная установка*, нашедшая воплощение в разработках отечественных методологов о науке неклассического типа, которая приходит на смену классической науки в новую эпоху ее развития. Связь теоретического и технологического, практического знания основана не на достижении общей для всех полной и непротиворечивой картины реальности, что, естественно, невозможно, а на адекватности теоретических моделей решению конкретных задач. Вместе с тем любое научное знание, в том числе и неклассическое, — это всегда попытка прорыва к реальности, выход за пределы субъективной ограниченности, выделение некоторых общих связей, объяснение определенного многообразия фактов, исследование эмпирических данных.

В неклассических науках основная цель теоретических разработок заключается в усовершенствовании средств для практической работы с определенной предметной реальностью. Всякая теоретическая модель с неизбежностью ограничена задачами, для решения которых она разрабатывалась, поэтому универсальных моделей не существует. Да и само теоретическое знание по сути своей не может не быть ограниченным. «Таким образом, если задача всякой научной теории — всесторонний анализ многообразия фактов, относящихся к ее предметной области, то путь к этой всесторонности — если только это путь теоретического объяснения, а не простой эмпирической фиксации — лежит через определенную “односторонность”: выделение таких аспектов, идеализаций, исходных понятий, которые могут дать ключ к пониманию всего остального. Без такого рода “односторонности”, которая только и позволяет построить исходную идеальную модель анализа, теоретическая система (относится ли она к системам механическим, органическим или так называемым гармоническим) просто не может состояться» (Лекторский В.А. — 1990. — С. 351—360). Таким образом, реальность неисчерпаема и универсальное, полное знание невозможно. Однако без связи с реальностью, без ее изучения и моделирования любое знание будет бессильным и бесполезным.

Сказанное в полной мере относится к концепциям нормы и патологии. Научно обоснованные концепции психической нормы и патологии возникают как результат длительного феноменологического изучения отдельных случаев психических расстройств и лишь затем возникают гипотезы и модели относительно общих для ряда расстройств механизмов, требующие проверки и специальных исследований.

Понятие психической болезни является порождением развития культуры и общества в связи с необходимостью решать экономические, социальные и нравственные проблемы, которые возникали в связи с наличием душевно страдающих или выпадающих из общественного уклада людей. Вот что писал по этому поводу К. Ясперс: «Понятие болезни в психиатрии стало применяться значительно позднее, чем в соматической медицине. Считалось, что в психических расстройствах виновны не столько естественные процессы — природа и причинные связи которых могут быть предметом эмпирического исследования, — сколько демоны и грех, подлежащий искуплению. В давние времена больными считались только идиоты и буйные. Позднее к ним добавились меланхолики. Еще позднее, в прошлом веке, круг лиц, которых считали больными, значительно расширился за счет социально нежизнеспособных. ***Резкий рост числа пациентов, содержащихся в лечебницах, вызван тем, что такие люди уже не могли жить в сложных условиях современной цивилизации*** (выделено мной. — *А. X.*). В прежние времена эти люди могли жить в сельской местности и работать наравне с другими, но при этом не быть привязанными к социальным механизмам» (Ясперс К. — 1997. — С. 935). В этом высказывании содержится чрезвычайно важная мысль о связи критериев психических расстройств с последствиями человеческой деятельности и развития общества. В определении психического расстройства Р. Бастине (см. 2.6) проводится эта же мысль. Приведем еще одно определение, взятое из американского учебника по клинической психологии: «Мы определяем поведение как анормальное, как проявление психического расстройства, если оно является устойчивым и в значительной мере противодействующим продолжительному благополучию индивида и (или) того человеческого сообщества, членом которого он состоит» (Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. — 2004. — С. 37).

Современное общество предъявляет все более высокие требования к психической выносливости человека, в связи с этим круг психических расстройств еще больше расширился со времен К. Ясперса, растет число людей, страдающих депрессивными и тревожными состояниями. Вместе с тем рост числа психически больных людей отражает и другую тенденцию — тенденцию к созданию новых диагностических категорий, позволяющих выявлять страдающих и дезадаптированных людей с целью оказания адекватной профессиональной помощи. Кардинально пересматриваются методы помощи: изоляция от общества сменяется

направленностью на создание благоприятной социальной среды, в которой человек может обрести свое место, уменьшить душевную боль, изменить способы реагирования, ведущие к психическому неблагополучию. Все больше осознается значение психосоциальных методов помощи и необходимости изменений в обществе для смягчения действия неблагоприятных макросоциальных факторов.

Причисление тех или иных состояний к кругу психических расстройств определяется целым комплексом условий. Среди них важно указать на следующие последствия этих состояний: 1) причиняют субъективные страдания человеку и (или) его ближайшему окружению; 2) связаны с нарушениями социального функционирования, приводящими к негативным экономическим и психологическим последствиям для самого человека и (или) его ближайшего окружения; 3) их рост в масштабах общества приводит к высоким экономическим затратам и ложится экономическим бременем на все общество в целом; 4) побуждают человека и (или) его ближайшее окружение искать источники помощи; 5) формируют запрос на разработку методов помощи при подобных состояниях; 6) их изучение приводит к разработке методов, способных возвращать человека к субъективному благополучию и нормальному социальному функционированию; 7) сопутствующие им соматические симптомы не удается устранить без разработки специализированных методов воздействия на психику.

На защиту прав людей, страдающих психическими расстройствами, направлены усилия ВОЗ и наиболее прогрессивной части профессионального сообщества, задействованного в сфере психического здоровья. В современном обществе резко усилен юридический контроль за соблюдением прав психически больных, в том числе со стороны ВОЗ. Система лечения направлена на минимизацию ограничений на социальную адаптацию и сохранение в обществе людей, страдающих психическими расстройствами. Дестигматизация психически больных объявлена одной из основных задач сферы психического здоровья. Основная цель психиатрического диагноза — право на получение помощи, а не ограничение в социальных правах, что случалось в истории психиатрии.

Вместе с тем всегда существует опасность использования психиатрического диагноза в репрессивных целях. *Гарантом соблюдения прав и интересов людей, в том числе страдающих от психического неблагополучия, является не наука, а правовое общество.* Например, судьба детей, находящихся в сиротских учреждениях, во многом зависит от диагноза специальной медико-психолого-педагогической комиссии. В случае диагностирования умственной недостаточности средней степени тяжести ребенок помещается в интернат для хронически больных, что связано с

существенным ущемлением его гражданских прав (права на жилье, на свободное проживание и т.д.). Если не продумана система альтернативных независимых комиссий, экспертов, представляющих разные учреждения, то нельзя исключить произвол при вынесении подобных решений, тем более что у ребенка-сироты нет родителей, которые могли бы его защитить.

Таким образом, *можно выделить две прямо противоположные стороны психиатрического диагноза — репрессивную, ограничивающую в правах, и прогрессивную, создающую возможности получения помощи и возвращения к нормальной жизни.* Какая из этих сторон окажется ведущей, определяет не диагноз сам по себе, а ценностные ориентации общества, которые в свою очередь во многом определяют организацию службы психического здоровья, выражаются в законодательной системе и отношении граждан данного общества к людям с психическими расстройствами.

Анализ психологических концепций психических расстройств приводит к выводу о важнейшей роли неблагоприятного социального окружения в возникновении тех состояний, которые называются психическими расстройствами. Это приводит к *новому взгляду на психические расстройства как социально и культурно обусловленные феномены, имеющие сложную, многофакторную природу.* В психических болезнях во многом отражается неблагополучие общества, а клиническая психология и другие науки, задействованные в сфере психического здоровья, являются тем зеркалом, которое показывает обществу это неблагополучие и обнаруживает стоящие за ним конкретные механизмы. Впрочем, роль такого зеркала выполняют также и литература, и искусство в целом. Специфическая задача наук о психическом здоровье — разработка методов помощи конкретным людям, страдающим от тех или иных форм психической патологии. *Призыв современных антипсихиатров, стоящих на позициях феноменологического экстремизма и солипсизма, к отказу от научного изучения и лечения психических расстройств означает возврат к средневековью и отказ от помощи людям, которые в ней нуждаются.*

Необходимо еще раз подчеркнуть особый междисциплинарный характер предмета клинической психологии в целом и патопсихологии в частности. Этот предмет находится на стыке гуманитарных и естественных наук, что с неизбежностью ограничивает возможность построения целостной, единой и непротиворечивой системы знания. *Человеческая психика является постоянно меняющимся объектом, изменения которого происходят вместе с изменениями культуры.* Человек также принципиально отличается от объектов изучения в естественных науках тем, что сам постоянно меняет свою среду и культуру со множеством послед-

ствий для психики, которые трудно прогнозировать. Так, можно предположить, что глобальные изменения в информационном поле современного общества неизбежно наложат свою печать на развитие человека, приведут к новым формам неврозов и психической патологии.

Человеческая деятельность становится важнейшим фактором, определяющим изменения условий психического развития человека и механизмы возникновения психической патологии. В сфере соматического и психического здоровья человек все больше имеет дело с последствиями своей деятельности. Трансформация общественной жизни и логика развития самой науки обусловливают непрерывные изменения теории психической нормы и патологии. Поэтому анализ психологических концепций нормы и патологии, которому посвящен раздел II, построен по принципу исторического подхода к научному знанию.

РАЗДЕЛ II

Основные психологические концепции нормы и патологии

Чем глубже мы проникаем в изучение психических процессов, тем больше мы узнаем о богатстве их содержания и об их запутанности. Некоторые простые формулы, казавшиеся нам поначалу приемлемыми, позднее оказались недостаточными. Мы не устанем менять и исправлять их.

З. Фрейд

Введение

В данном разделе мы остановимся на основных психологических традициях, в рамках которых развивалась клиническая психология. Важная задача раздела — рассмотреть основные зарубежные и отечественные подходы к проблеме психической нормы и патологии на основе единой методологической схемы, что может быть шагом на пути интеграции наиболее ценных разработок, сделанных внутри каждой традиции.

Вопрос о предмете психологии был центральным на протяжении всего минувшего XX столетия. Затянувшийся кризис психологической науки был связан с тем, что в каждой традиции разрабатывались мало соотносимые модели психики и трудно совместимые методы ее изучения. Еще Л. С. Выготский в качестве задачи века поставил выход на общую концепцию или парадигму. Подводя итоги столетию под углом зрения этой задачи, можно констатировать, что она так и не была решена. В зарубежной клинической психологии по-прежнему сосуществуют традиции, которые исторически противостояли друг другу и развивались в явной оппозиции. Вместе с тем имеются некоторые тенденции, указывающие на процесс сближения исторически и концептуально противоборствующих подходов к изучению психики. Основой сближения является отнесенность к одному объекту изучения и задачи оказания помощи людям, страдающим психическими расстройствами. Поэтому круг вопросов, которые решают разные традиции, сходен и определяет основания для их сопоставления.

Как уже отмечалось в предшествующей главе, современная методология выдвигает в качестве основного общенаучного принципа построения зрелой науки ***принцип системности*** (Блауберг И. В., Юдин Э. Г. — 1973, 1997). Наряду с принципом системности в качестве наиболее фундаментальных оснований для построения научного предмета были предложены ***принцип детерминизма и принцип развития*** (Петровский А. В., Ярошевский М. Г. — 1994).

Все три принципа тесно связаны между собой. Детерминизм в современной науке неразрывно связан с системным подходом. Современное понимание причинности несовместимо с линейным

механистическим причинно-следственным подходом. Системная методология реализует также принцип развития, рассматривая любой сложный объект в качестве развивающейся системы, обладающей определенными структурными и динамическими характеристиками.

До сих пор в качестве такой развивающейся системы мы рассматривали психику, но при анализе нормального развития и патологии невозможно обойтись без понятия «личность». «Хотя процесс развития психики является важнейшим компонентом (стороной, аспектом) развития личности человека, включенного в систему социальных отношений, развитие личности этим не исчерпывается. Изменение статуса личности, обретение престижа и авторитета, интеграция в группах и так далее не могут быть описаны только со стороны развития психики и не могут быть сведены к этому развитию. Поэтому периодизация развития в онтогенезе — это прежде всего периодизация развития личности как более общей психологической категории» (там же. — С. 226).

Качество целостности и интегрированности всех психических функций и процессов возникает из их принадлежности целостному субъекту или ***личности — социализированному индивиду с определенными интересами, установками, мотивами, потребностями, сформировавшимися в данном обществе и в данной культуре.*** Именно этим предельно обобщенным значением понятия «личность» мы будем в дальнейшем пользоваться, чтобы избежать его чрезмерно жесткой привязки к какой-либо из концепций, так как существует множество не согласующихся между собой определений этого понятия (Психологический словарь. — 1983. — С. 178—179).

При анализе каждой из основных традиций изучения психики в норме и патологии, в соответствии с вышеизложенными методологическими принципами (системности, детерминизма, развития), необходимо проанализировать следующие представления.

1. О психическом развитии, включая его основные детерминанты: источники, движущие силы и механизмы.

2. О структурно-динамических характеристиках психики, включая структуру, микродинамику (механизмы функционирования) и макродинамику (этапы развития).

3. О здоровой личности и механизмах возникновения психической патологии.

Задача сравнительного анализа традиций неизбежно порождает вопрос об адекватных методологических средствах. Наиболее известные методологические подходы к анализу развития науки были разработаны Т. Куном, К. Поппером и И. Лакатосом. Однако широко известная в нашей стране теория



Никита Глебович Алексеев (1932—2003)

парадигм[1] и научных революций Т. Куна приложима к целым эпохам развития науки и создана на базе анализа зрелых естественных наук, что делает ее применение в психологии весьма проблематичным (Алексеев Н. Г. — 1979; Ярошевский М. Г. — 1985). Та стадия в развитии науки, когда она была разделена на различные школы, является, согласно Т. Куну, допарадигмальной (Кун Т. — 1977).

С определенными трудностями связано и использование двух других упомянутых методологических подходов к анализу научного знания. Концепция К. Поппера неоднократно подвергалась критике за отрицание идеи преемственности в науке. Концепция исследовательских программ И. Лакатоса включает слишком много аспектов, рассмотрение которых выходит за рамки задач данной главы.

Оригинальное и конструктивное методологическое средство анализа психологических подходов предложил известный отечественный методолог и психолог **Никита Глебович Алексеев**. Он исходил из таких требований к современному научному знанию, как *компактность* и *оперативность* (Алексеев Н. Г. — 1979). Эти требования диктуются запросами практики, в которой используется научное знание. Современная неклассическая наука все больше ориентируется на практические задачи, что ставит ее перед необходимостью выработки особых форм представления научного знания, облегчающих сравнение различных концепций и их интеграцию. В этих целях создавалось особое методологическое средство, названное автором ***концептуальной схемой предмета изучения***. В качестве ее первого и центрального звена выступает понятие ***моделирующее представление***. Выработка его является промежуточным шагом между эмпирическим наблюдением и оформленной теорией. Оно разрабатывается для решения определенных задач на основе чувства реальности исследователя, с одной стороны, и его исходных теоретических позиций — с другой.

[1] «Парадигма, т. е. модель или образец, является общепринятым в рамках научной дисциплины способом размышления, который в течение некоторого времени для исследователей данной области определяет и основные вопросы, и основные ответы. Наука достигает зрелости, т. е. высокой стадии развития, когда она больше не делится на различные школы; когда большинство ученых едины в вопросах принятия основных теорий и методов. На этой стадии развитие научной области определяется некой моделью, общей парадигмой — больше нет соперничающих фракций» (Шульц Д., Шульц С. — 1998. — С. 33).

Моделирующее представление, или первое звено концептуальной схемы, — это модель реальности, которая выделяет, отражает ее существенные стороны. Новые модели приходят на смену старым в результате открытия новых сторон и связей в изучаемой и преобразуемой реальности, они не являются результатом игры ума или «чистого разума», а в значительной степени есть порождение разума «практического». За ними стоит развивающееся и углубляющееся чувство реальности исследователя, который опирается на неизбежно ограниченный опыт и теоретические разработки своих предшественников. Обогащенные собственным опытом исследователя, моделирующие представления включают в себя новое знание, которое не может быть сразу оформлено в строгие научные понятия, для этого необходимо определенное совершенствование и пересмотр понятийного аппарата. Нередко новое моделирующее представление несет в себе черты метафоричности, образности.

Примером может служить представление З. Фрейда о структуре психики как о трех противоборствующих субстанциях. Конечно, это прежде всего гениальная метафора. Однако с ее помощью получили объяснение многие психологические факты, в том числе факты психопатологии. Понятие моделирующего представления кажется нам особенно важным и эффективным для описания традиций клинической психологии, так как процесс оказания психологической помощи, как правило, связан с трансляцией знаний о норме и патологии пациентам. Представления, несущие черты как бытового метафорического, так и научного языка, наиболее удобная форма для такого рода трансляции. Они находятся в постоянном развитии, в них отражается углубление и развитие процесса научного познания.

Новое моделирующее представление дает толчок к переосмыслению и развитию исходных теоретических принципов. ***Основные теоретико-методологические принципы*** — второе звено концептуальной схемы по Н. Г. Алексееву. Они призваны обосновывать моделирующие представления, оформляя научное знание в более стройную систему категорий и понятий. При описании своих теоретических концепций исследователи склонны начинать именно с этого компонента научного знания, так как он представляет собой результат рефлексии моделирующих представлений и исходных теоретических, методологических или философских оснований.

Наконец, третье звено концептуальной схемы — ***оперативные, или исследовательские, правила и процедуры*** представляют собой способы получения новых знаний о предмете изучения. Правила и процедуры, также как и два других звена

концептуальных схем, находятся в процессе постоянного развития. Новые моделирующие представления естественным образом требуют новых способов получения научных данных. Исследовательские правила и процедуры, поставляя новые эмпирические факты, дают толчок к изменению и развитию моделирующих представлений. Эксперименты Э. Толмена с крысами привели к выработке моделирующего представления о когнитивных картах как способах организации опыта. Это полностью изменило классические моделирующие представления о механизмах поведения в бихевиоризме. В схему стимул — реакция «вторгаются» промежуточные переменные. Возникает методологический бихевиоризм, для которого скиннеровский ящик слишком тесен, так как из нового моделирующего представления вытекает задача исследования внутренних факторов, влияющих на поведение (см. гл. 4).

Таким образом, в процессе становления каждой из основных психологических традиций происходит развитие ее концептуальных схем, т. е. моделирующих представлений, теоретико-методологических принципов, исследовательских правил и процедур.

Возможны два способа развития научных традиций: 1) простой перенос старой концептуальной схемы на новые объекты изучения (например, с нормы — на патологию или наоборот, а в области патологии — с одного психического расстройства на другое и т. д.); 2) усложнение старой концептуальной схемы через введение «предметной добавки», отражающей не вскрытый в старой схеме аспект предмета изучения (Зарецкий В. К. — 1981). *Предметная добавка* обогащает исходное моделирующее представление и позволяет более полно объяснять изучаемую реальность.

При этом исходная концептуальная схема, положившая начало той или иной традиции, может существенно изменяться. В качестве примера можно привести усложнение структурной модели психики З. Фрейда К. Юнгом, который вводит новые инстанции — «личное бессознательное», «коллективное бессознательное», «самость». Концептуальные схемы меняются также в результате влияния друг на друга разных традиций, что ведет к взаимной ассимиляции теоретических принципов и моделирующих представлений. Под влиянием когнитивных идей развивается принципиально новое моделирующее представление о структуре психики в современном постфрейдовском психоанализе — вместо противоборствующих субстанций появляется представление о системе объектных репрезентаций (когнитивных образованиях — психических образов себя и объектов окружающего мира). Отсутствие динамики концептуальных схем свидетельствует об остановке дальнейшей разработки предмета изучения и определенной стагнации данной традиции.

Охарактеризуем структуру данного раздела учебника по главам, обосновывая выбор психологических традиций для методологического анализа. В зарубежных учебниках по клинической психологии, как правило, выделяются три психологические традиции, в которых наиболее развиты оригинальные системы взглядов на психику в норме и патологии: 1) психодинамическая; 2) когнитивно-бихевиоральная; 3) экзистенциально-гуманистическая. Каждой из них посвящена отдельная глава данного раздела.

Объектно-эмпирическое и психотехническое знание, психологическая теория и психотерапия тесно переплетены в этих традициях, так как психотерапевтическая практика при ее теоретическом осмыслении неизбежно обогащает психологическую теорию, а теоретические системы при попытках их приложения в виде концептуальных оснований психологической помощи влияют на характер психотехнического знания.

Эти традиции принципиально различаются по своему изначальному происхождению, что во многом определило и их различия в моделирующих представлениях, теоретических принципах, исследовательских правилах и процедурах.

Примером порождения теории на основе осмысления практики лечения является психоанализ. Его основателем был врач-невролог — З. Фрейд. Соответственно, *психодинамическая традиция* формировалась с изначальной установкой на развитие психотехнического знания, хотя биографы и утверждают, что З. Фрейд рассматривал изучение патологии прежде всего как способ осмысления законов устройства и функционирования психики, и гораздо меньше его интересовало собственно лечение. Тем не менее конкретные модели нормы и патологии (объектно-эмпирический слой научного знания) в психоанализе разрабатывались в процессе практической работы и обслуживали психотехническое знание. Именно поэтому в рамках психоанализа накоплено столько важного феноменологического материала и создано такое богатство моделей различных форм психической патологии, как ни в одной другой традиции.

Примером другой логики возникновения научной традиции является бихевиоризм, основы которого были заложены американским психологом, академическим ученым Дж. Уотсоном с целью перестройки психологии на принципах позитивистского естественно-научного подхода. И лишь позднее эти научные разработки были взяты на вооружение в психотерапевтической практике и практике социального проектирования. Основным приложением сил в рамках *когнитивно-бихевиоральной традиции* была разработка методов научного изучения психики. Соответственно, ни в одной другой традиции не проведено такого большого количества эмпирических научных исследований, более

Таблица 2

Основные источники формирования психологических подходов к норме и патологии

Традиция изучения проблем нормы и патологии	Источник развития	Основной вопрос
Психодинамическая	Практика помощи психически больным	Как лечить
Когнитивно-бихевиоральная	Методология естественно-научного подхода	Как изучать
Экзистенциально-гуманистическая	Философия экзистенциализма	Как понимать

того, именно влияние данной традиции определяет изменение исследовательских правил и процедур в других традициях.

Экзистенциально-гуманистическая традиция возникла под влиянием идей экзистенциальной философии, связанной с именами С. Кьеркегора, М. Хайдеггера, Ф. Ницше, Ж.-П. Сартра, в эпоху кризиса естественно-научной парадигмы и веры в научный прогресс. Она принесла с собой новые способы осмысления человека в масштабах его бытия в мире. Соответственно, в ней содержится больше всего психологических наблюдений и философских размышлений о способах бытия, отношениях человека с миром, о ценностях и смыслах. Экзистенциально-гуманистическая традиция кардинально изменила теоретические принципы, на основе которых строится знание о человеке. Однако во всем, что касается моделирующих представлений о норме и патологии, а также исследовательских правил и процедур ее влияние не столь заметно. Более того, ее представители нередко заимствуют эти концептуальные средства у других традиций.

Итак, специфика развития и особенности структуры научного знания в каждой традиции во многом определяются ее первоистоками и вопросами, ответы на которые искали исследователи в рамках каждого направления (табл. 2).

Еще одним важным основанием разделения традиций является раскол научной методологии на методологию естественных и гуманитарных наук. В психологии этот раскол выразился в разделении на *объяснительную и понимающую психологию*, многие представители которых настаивают на их принципиальной несовместимости. С нашей точки зрения, это противоречие снимается в клинической психологии вместе с ее переходом в статус неклассической научной дисциплины, решающей задачи психологической помощи. Иллюстрацией является развитие психодинамической традиции, в которой объяснительный и понимающий модусы сосуществовали изначально, так как корнями она была связана с практикой оказания психологической помощи. З. Фрейд был ориентирован на построение объяснительных естественно-научных моделей психической патологии, в практической же работе с клиентами он применял герменевтический метод интерпретации, в котором объяснение и понимание неразрывно переплетены. При работе с больными истерией он пришел к выводу, что понимание (прочувствованное осознание пациентом источников своих симптомов) является важнейшим условием излечения. Интерпретация является основным методом лечения, но не менее важно глубокое понимание клиентом происходящего с ним путем проживания своих проблем и конфликтов в отношениях с психоаналитиком (процесс переноса). Но это понимание возможно только при условии, что у психоаналитика есть объяснительная модель заболевания. Таким образом, выстраивается цепочка, в которой понимание и объяснение сменяют друг друга. При этом объяснение выступает как залог понимания, а понимание как залог изменения (излечения). В этой логике отражены важнейшие потребности человека — в понимании и в объяснении.

Две другие традиции (когнитивно-бихевиоральная и экзистенциально-гуманистическая), зародившиеся на почве оторванных от практики академической психологии и онтологически ориентированной философии, оказались в непримиримом противоборстве. По прошествии почти столетия их сосуществования можно сказать, что наибольших успехов в практике психологической помощи в рамках этих традиций достигли подходы, ориентированные на совмещение обеих потребностей, а не на их противопоставление. Наиболее ортодоксальные представители когнитивно-бихевиоральной традиции, пренебрегающие модусом понимания и настаивающие на примате техник модификации поведения, также ограничены в своих возможностях помощи, как и фанатичные приверженцы экзистенциальной психологии, игнорирующие модус объяснения (обобщение и выделение общих механизмов и закономерностей возникновения той или иной психической патологии). И те и другие не учитывают одну из важных потребностей человека: бихевиористы — в понимании, а экзистенциалисты — в объяснении. Тем самым игнорируется важный для клиента и терапевта ресурс оказания помощи.

Один из наиболее крупных современных философов П. Рикер указывает, что «понимание предполагает объяснение в той мере, в которой объяснение развивает понимание» (Рикер П. — 1995. — С. 9). Девиз этого философа, поставившего своей задачей синтез непримиримых методологий, вполне может быть взят на вооружение современной практически ориентированной психологией:

«Больше объяснять, чтобы лучше понимать» (там же. — С. 9). К сходным выводам приходят и другие, в том числе отечественные, философы: «Категория понимания, безусловно, занимает уникальное место в гуманитарных науках, но ее нельзя противопоставить категории объяснения. Объяснение и понимание являются взаимодополнительными категориями и действуют в любой области человеческого познания, от сферы обыденного знания до теоретического мышления» (Кузнецов В. Г. — 1991. — С. 8).

Возвращаясь к трем рассмотренным психологическим традициям (см. табл. 2), следует отметить, что исторические обстоятельства, личный опыт и жизненный путь их создателей и представителей во многом определили характер разрабатываемых ими концептуальных схем (моделирующих представлений, теоретико-методологических принципов, исследовательских правил и процедур).

Ранее отмечалось, что отечественная психологическая традиция и, соответственно, клиническая психология развивалась в значительной изоляции от западной (см. гл. 1). В отечественной клинической психологии традиционно выделяются две основные школы — ленинградская и московская. Как мы уже отмечали термин «патопсихология» традиционно относился к московской школе. Ленинградцы, как известно, употребляли термин «медицинская психология», предмет которой трактовался шире и ближе к тому, что сейчас понимается как «клиническая психология». В ленинградской школе были разработаны свои теоретические представления о психической норме и патологии.

Анализ этих двух школ мы проведем по той же методологической схеме, что и анализ основных направлений зарубежной клинической психологии, т. е. попытаемся реконструировать концептуальные схемы развития психики в норме и патологии.

Московская патопсихологическая школа была заложена трудами Б. В. Зейгарник. Теоретико-методологической основой ее трудов стала культурно-историческая концепция развития психики Л. С. Выготского, а также теория деятельности А. Н. Леонтьева и С. Л. Рубинштейна. Эти концепции отличает большая оригинальность и самобытность, что позволяет рассматривать их как самостоятельные наряду с рассмотренными выше тремя основными традициями зарубежной психологии. Становление московской психологической школы было связано с задачей создания новой психологии, основанной на марксистской философии в оппозиции к западным психологическим теориям. Самобытность и талант упомянутых ученых позволили им при всем идеологическом прессе того времени избежать создания имитационных теорий психики и личности, формально обслуживающих господствующую идеологию. Они в полной мере использовали сильные

стороны марксистской философии, ее диалектический метод, положение об общественном происхождении человека, представления о роли предметной деятельности в развитии человека и другие.

Ряд идей, выдвинутых этими исследователями, следует считать передовыми не только для своего, но и для нашего времени. Отечественная концепция развития психики в онтогенезе отличается новаторскими идеями, которые лишь в последние десятилетия были восприняты западной психологией (Обухова Л. Ф. — 1995). Эти идеи связаны прежде всего с реализацией принципа деятельности, который выступил в качестве основного для построения предмета психологии в московской психологической школе.

Ленинградская психологическая школа была заложена трудами Б. Г. Ананьева и В. Н. Мясищева. В качестве основной общепсихологической концепции личности в рамках этой школы рассматривалась теория отношений В. Н. Мясищева (Иовлев Б. Н., Карпова Э. Б. — 1996). Именно она послужила основой для создания концепции патогенетической, а затем личностно-реконструктивной психотерапии, которая, несомненно, является одним из основных достижений ленинградской психиатрии и клинической психологии. Важной особенностью концепции психической патологии в данной школе было признание и анализ патогенетической роли психологических факторов в происхождении неврозов. В. Н. Мясищев был практикующим врачом-психиатром, его интересовали патогенетические факторы заболевания и разработка таких моделей патологии, которые бы служили основой для разработки методов психологической помощи. Его взгляды на психическую патологию отличались системностью, были чрезвычайно прогрессивными для того времени и, фактически, представляли собой один из вариантов биопсихосоциальных моделей (см. 2.6).

Исторические обстоятельства во многом определили разные линии развития и определенную конфронтацию двух упомянутых школ. Представители московской патопсихологической школы в качестве одной из основных задач ставили проверку и эмпирическое обоснование теоретических положений теории деятельности. Представители ленинградской школы в большей степени решали практические задачи: разработки методов психодиагностики и лечения психических расстройств психологическими методами. Соответственно, московская школа исторически отличалась большей теоретической направленностью, а ленинградская — практической.

В главе 6, посвященной отечественной психологической традиции, мы не рассматриваем специально еще одну линию исследований, оказавших несомненное влияние на разработку проблемы нормы и патологии. Эта линия берет начало от грузинской

психологической школы Д.Н.Узнадзе, разработавшего понятие *психологической установки*, и трудов выдающегося отечественного ученого Н.А.Бернштейна по физиологии движений и физиологии активности. В 1970-х гг. она получает развитие в исследованиях московского психолога И.М.Фейгенберга. Д.Н.Узнадзе в теоретических и экспериментальных исследованиях феномена установки показал, что существует этап внутренней подготовки к действию, выражающийся в возникновении готовности действовать в определенном направлении, которую человек может не осознавать. Способность максимально полно учитывать при этом свой опыт и сигналы окружающей среды имеет принципиальное значение для успешности действий. Д.Н.Узнадзе экспериментально показал, что такая способность страдает при тяжелых формах психической патологии.

Разработки Н.А.Бернштейна следует отнести к первым попыткам применения принципов деятельностного и системного подходов (моделей управления и переработки информации) к анализу психической активности в отечественной психологии. В опоре на эти разработки И.М.Фейгенберг провел (1972) целый ряд исследований больных шизофренией, показав выраженные нарушения поведения этих пациентов в вероятностной среде. В качестве основного моделирующего представления о психической патологии при этом выступило нарушение вероятностного прогнозирования событий, приводящее к нарушениям регуляции поведения в самых разных сферах. Основной исследовательской процедурой стало изучение поведения в вероятностной среде при разных формах психической патологии (см.: Узнадзе Д.Н. — 1997; Фейгенберг И.М. — 1972; Менделевич В.Д. — 1999). Эти исследования оказали несомненное влияние на разработки некоторых представителей московской школы клинической психологии, например цикл исследований нарушений познавательной деятельности при шизофрении, проведенных под руководством Ю.Ф.Полякова (см. 6.1). Отсутствие подробного анализа этой линии исследований в главе, посвященной отечественной традиции, связано с относительно небольшим числом ее активных последователей в отечественной клинической психологии в настоящее время.

В последнюю главу данного раздела (гл. 7) мы поместили подходы, отличающиеся от рассмотренных выше психологических традиций по ряду методологических оснований. Они сложились в более позднее время, и их формирование произошло под непосредственным влиянием бурно развивающегося системного подхода в науке. Определив многие успехи инженерных наук — поворот к автоматизации и разработке автоматизированных систем управления, а также системную революцию в биологических исследованиях, системный подход проникает во все области знания,

в том числе и психологию. Как уже отмечалось (см. 2.2), методологические принципы этого подхода — идеи целостности, самоорганизации — казались конструктивными и многообещающими в плане применения к такому предмету изучения, как человеческая психика. Под определяющим влиянием системного подхода сложились две традиции, внесшие значительный вклад в теоретические и эмпирические исследования психической нормы и патологии — теория привязанности и системно ориентированная семейная психотерапия.

Теория привязанности, главным разработчиком которой является британский психолог Дж. Боулби, тесно связана с концепциями психодинамической традиции, прежде всего с теорией объектных отношений (см. гл. 3). Вместе с тем это довольно принципиальный отступление от психодинамической традиции, так как в своей концепции Дж. Боулби соединяет разработки этологов (исследований поведения животных) и кибернетики (теории систем управления).

Системно ориентированная семейная психотерапия возникла в начале 1950-х гг. в США и с тех пор сильно изменила практику помощи людям, имеющим серьезные психологические проблемы, а также психические и психосоматические расстройства. Внешне простая идея о том, что для коррекции или компенсации индивидуальных дисфункций зачастую необходима коррекция дисфункционального семейного окружения, сыграла поистине революционную роль в развитии моделирующих представлений о норме и патологии. Соединение различных психологических теорий с теорией систем Л.Берталанфи привело к разработке оригинальных моделей психической нормы и патологии, в которых семья рассматривается на основе принципов работы системы, а человек и его индивидуальная психика — как часть этой системы. В настоящее время системно ориентированная семейная психотерапия включает несколько школ, которые преимущественно фокусируются на разных аспектах семейной системы.

Все перечисленные традиции будут рассмотрены по единой методологической схеме, предложенной Н.Г.Алексеевым для анализа научных школ — моделирующие представления о предмете изучения, основные теоретико-методологические принципы, исследовательские правила и процедуры. В соответствии с принципом исторического подхода к анализу научного знания (см. 2.1), развитие и смена моделирующих представлений о психической норме и патологии в каждой из традиций будут рассмотрены в историческом контексте.

ГЛАВА 3

Психоанализ и психодинамическая традиция

3.1. Исторический контекст развития

Признанным основателем этой традиции является З. Фрейд (см. 2.4.) — венский врач-невропатолог, о жизни и творчестве которого написано неисчислимое количество книг и учебников, многие из которых переведены на русский язык (Шульц Д., Шульц С. — 1998; Джонс Э. — 1997; Стоун И. — 1998; и др.). Психоанализ оказал огромное влияние на развитие общества и представлял собой очень сложное культурное явление. Задача данной главы — кратко представить развитие лишь одной его составляющей — так называемого клинического психоанализа, который включает в качестве основных частей теорию развития личности, теорию психической патологии, а также теорию и практику лечения этой патологии. Здесь мы рассмотрим становление взглядов на психику в норме и патологии в рамках психодинамической традиции.

Основными наследниками-реформаторами учения З. Фрейда были создатель *индивидуальной психологии* **Альфред Адлер**, создатель *аналитической психологии* **Карл Юнг**, *представители социального психоанализа*, или так называемой американской школы *интерперсональных отношений*, **Гарри Салливен**, **Эрих Фромм** и **Карен Хорни**. Эти три направления в литературе нередко объединяются под общим названием — *неофрейдизм*, что подчеркивает родство этих школ с классическим психоанализом.



Хайнц Хартман
(1894—1970)

Гораздо меньше в современных учебниках, посвященных теориям личности, представлены другие три школы, оказавшие не менее значительное влияние на развитие психодинамической традиции. Это *психология «Я»*, основные положения ко-

торой были наиболее полно сформулированы **Хайнцом Хартманом**; *теория объектных отношений*, выросшая из британской школы психоанализа, заложенной **Мелани Кляйн**; и *психология самости* **Хайнца Кохута**. Их представители в гораздо меньшей степени противопоставляли себя учению З. Фрейда. Они скорее подчеркивали родство и рассматривали свои концепции как непосредственное продолжение и развитие классического психоанализа. Характерно, что в учебниках по психоанализу наряду с подходом З. Фрейда рассматриваются именно эти направления, а не неофрейдистские теории (Бержере Ж. — 2001; Мак-Вильямс Н. — 1998; Тайсон Р., Тайсон Ф. — 1998). Поскольку эти школы наиболее влиятельны в современном психоанализе, мы решили объединить их под общим названием — *постклассический психоанализ*.



Хайнц Кохут
(1913—1981)

В современных учебниках по психоанализу дискутируется возможность изложения общей психоаналитической теории нормы и патологии, объединяющей основные достижения разных школ психоанализа. Наряду с подчеркиванием необходимости такой интеграции, высказываются сомнения в ее возможности и принципиальной совместимости ряда моделей (Кохут Х. — 2002). Вместе с тем сами попытки интегрированного изложения разных моделей в виде общей психоаналитической теории развития психики в норме и патологии говорят о том, что такая необходимость назрела.

На примере психодинамической традиции особенно хорошо видно, как происходило развитие исходных моделирующих представлений при их столкновении с новыми объектами изучения (новыми формами психических расстройств), а также в связи с новыми личностными и культурными ситуациями, в которых находились создатели новых концепций.

Теория З. Фрейда возникла в рамках западной европейской культуры с многочисленными религиозными запретами, связанными с сексуальной сферой жизни. Сам З. Фрейд любил говорить, что прославился, рассказав во всеуслышание то, что «известно каждой кухарке». Особая историческая атмосфера Вены начала прошлого столетия, опыт обучения у французских психиатров Ж. Шарко и П. Жане, искавших пути лечения истерии, одного из наиболее распространенных неврозов того времени, послужили культурно-исторической почвой зарождения психоанализа (Шер-

ток Л., Соссюр Р. — 1991), которое принято датировать 1895 г. — началом совместного с И. Брейером исследования истерии. С тех пор основным предметом изучения в классическом психоанализе стали *истерия* и *невроз навязчивых состояний*. На материале изучения этих расстройств возникло базовое моделирующее представление о ведущей роли в патологии бессознательных чувственных (либидонозных) влечений, которое было перенесено на нормальное развитие.

Хотя данное представление возникло в определенной культурной ситуации, сам З. Фрейд настаивал на его универсальности. Впрочем, это неудивительно, ведь он рассматривал человека в первую очередь как биологическое природное существо, сущность которого остается неизменной и лишь маскируется «тонким слоем культуры». Это естественно-научная парадигма, в рамках которой объект изучения рассматривался как неизменный, определила фрейдовскую модель психической патологии как результат неудачного решения конфликта биологических влечений и социальных норм. У З. Фрейда были верные последователи, которые приложили немало сил для подтверждения и последовательного развития его разработок (К. Абрахам, Ш. Ференци и другие). Однако модель З. Фрейда не могла адекватно объяснить всей полноты человеческих проявлений и проблем, с которыми сталкивались исследователи. С неизбежностью возникли принципиальные разногласия.

А. Адлер был первым отступником. В 1911 г. он вместе с группой других членов покидает собрание психоаналитического кружка, зафиксировав свое несогласие с целым рядом положений классического психоанализа. Будучи врачом, он столкнулся в своей практике с важным *влиянием физического дефекта* на развитие: «Я постоянно сталкивался с тем обстоятельством, что наличие у ребенка врожденной неполноценности какого-либо органа, системы органов или желез внутренней секреции создает для него на раннем этапе его развития такую ситуацию, в которой нормальное в других случаях чувство своей слабости и несамостоятельности чрезвычайно усугубляется и превращается в глубоко переживаемое чувство неполноценности» (Адлер А. — 1995. — С. 42). Фрейдовское представление о патологии как следствии неудачного решения конфликта биологических влечений и социальных запретов явно не позволяло понять возникающие при этом нарушения.

В центр модели патологии А. Адлер выдвинул переживания своей неполноценности, связанные с дефектом развития, грозившие ребенку внутренней изоляцией от других людей. Впрочем, от его обостренной наблюдательности не мог укрыться тот факт, что сама по себе роль ребенка как зависимого и слабого существа обрекала многих на сходные переживания даже в отсутствие

сколько-нибудь явных дефектов. Именно в этом — в изоляции от людей и в неадекватных формах компенсации чувства неполноценности — А. Адлер увидел основную причину неврозов. Так возникает индивидуальная психология А. Адлера, поставившего в центр модели психики ее социальную природу. В основе индивидуальной психологии лежат принципиально новые моделирующие представления о психическом развитии человека, о психическом здоровье и патологии. Именно они стали базовыми для социального и в значительной степени для постклассического психоанализа.

З. Фрейд и А. Адлер претендовали на универсальность своих моделей. Однако К. Юнг первым указал на невозможность создания единой универсальной теории психики и на ограниченность объяснительной силы любых моделей, так как они разрабатывались для конкретных форм патологии. Согласно К. Юнгу, существуют фрейдовские и адлеровские неврозы, которые хорошо объясняются и лечатся с помощью предложенных ими методов: «Было бы непростительной ошибкой не замечать истины этих точек зрения — и фрейдовской, и адлеровской. Но столь же непростительно было бы считать любую из них за единственную истину. Обе истины соответствуют определенным психическим реалиям. И в самом деле, одни случаи в целом лучше всего можно изложить и объяснить в рамках первой теории, другие же — в рамках второй» (Юнг К. — 1993. — С. 72).

В своей практике К. Юнг столкнулся с другими формами патологии, которые подтолкнули его к созданию собственной модели. Это так называемые *неврозы второй половины жизни* — «более двух третей моих пациентов находятся уже на склоне лет, и примерно в трети случаев они страдали не от клинически определенных неврозов, а от бессмысленности и беспредметности своей жизни» (там же. — С. 76). В разработке моделирующего представления о коллективном бессознательном большую роль сыграл его интерес к шизофрении, многочисленные путешествия и интерес к неевропейской культуре. В конечном счете, считал К. Юнг, каждая модель высвечивает свою часть правды о механизмах развития и механизмах возникновения патологии. В 1913 г. на конгрессе психоаналитического общества в Мюнхене произошел его окончательный разрыв с классическим анализом, и возникло направление аналитической психологии.

Г. Салливен — основоположник американской школы интерперсональных отношений, работал преимущественно *с больными шизофренией* — форма патологии, от которой классический психоанализ фактически отказался. Там, где последователи Э. Крепелина искали чисто органические причины, Г. Салливен увидел психосоциальные факторы. Он пришел к моделирующему представлению о психическом здоровье и патологии как функции

ближайшего социального окружения. Согласно этой модели, окружение, не дающее чувства безопасности, способствует возникновению и фиксации так называемой базовой тревоги у ребенка. Эта базовая тревога, в свою очередь, при определенных жизненных обстоятельствах может способствовать психотическому срыву.

Главное моделирующее представление этого направления, которое часто называют социальным психоанализом, отчетливо сформулировал Э. Фромм: «Мы полагаем, что *человек изначально является социальным существом, а не самодостаточным, как полагал Фрейд, и не испытывающим лишь вторичную потребность в других людях ради удовлетворения своих инстинктивных потребностей* (выделено мной. — *А. Х.*). Поэтому мы убеждены, что в основе индивидуальной психологии лежит психология социальная, или — по определению Салливена — психология межличностных отношений...» (Фромм Э. — 1998. — С. 35). Этот поворот в развитии моделирующих представлений о норме и патологии можно обозначить как перемещение акцента на интерперсональные отношения. Он во многом определил дальнейшее развитие психоанализа.

Э. Фромм и К. Хорни — наследники З. Фрейда, А. Адлера и Г. Салливена в равной степени. Их критика модели развития З. Фрейда основана на отрицании того, что «человек является “вещью в себе”, закрытой системой; будто природа наделила его определенными биологически обусловленными стремлениями и развитие личности является лишь реакцией на удовлетворение или фрустрацию этих стремлений» (там же. — С. 35). Вслед за А. Адлером Э. Фромм постулировал изначальную социальность человеческой природы, которая выражается в потребности чувствовать общность с другими людьми: «Поверхностный характер человеческих отношений побуждает многих надеяться, что они могут обрести глубину и силу чувств в индивидуальной любви. Но любовь к одному человеку и любовь к ближнему неразделимы; в любой из культур любовные отношения — это только более сильное выражение формы родства со всеми людьми, преобладающей в данной культуре» (там же. — С. 66).

В период большой депрессии в США К. Хорни и Э. Фромм столкнулись с эпидемией так называемых бессимптомных неврозов — *тревожными и депрессивными состояниями без яркой патологической симптоматики*, характерной для истерии и невроза навязчивых состояний. Они расширяют межличностную модель Г. Салливена, ищут причины этих состояний в особом культурном контексте общества конкуренции, индивидуальной отгороженности и выраженного стремления к социальному успеху и обладанию материальными благами. Они первыми делают главный акцент на культурной обусловленности неврозов, внося

в моделирующие представления А. Адлера и Г. Салливена существенную добавку: «Когда мы сосредоточиваем наше внимание на сложившихся к данному моменту проблемах невротика, мы осознаем при этом, что неврозы порождаются не только отдельными переживаниями человека, но также теми специфическими культурными условиями, в которых мы живем. В действительности культурные условия не только придают вес и окраску индивидуальным переживаниям, но в конечном счете определяют их особую форму» (Хорни К. — 1993. — С. 8). Э. Фромм и К. Хорни ищут источники неврозов в конфликтах и противоречиях культурных ценностей, в их несоответствии базовой потребности человека в любви, доверии и близости. Принципиально новым в этом моделирующем представлении был акцент на роли культуры, общества в происхождении психической патологии.

В рамках постклассического психоанализа, к которому мы отнесли психологию «Я», теорию объектных отношений и психологию самости, также акцентируется социальная природа человека, однако акцент делается не на роли культуры, а на роли интерперсональных отношений с ключевыми фигурами раннего детства. Делается еще один важный шаг вперед в плане конкретизации этого моделирующего представления: начинают активно разрабатываться представления о воплощении социальной природы и социальных отношений в структурно-динамических характеристиках психики — особенностях когнитивной организации опыта и особенностях психологической защиты. Это фактически революционный переворот в моделирующих представлениях — переход к системным моделям психики в норме и патологии.

Концепции постклассического психоанализа создавались в послевоенное время. Представители и основатели психологии «Я» **Анна Фрейд** и **Рене Спитц**, столкнувшись с грубыми *нарушениями развития у младенцев*, *лишенных материнской заботы*, пришли к выводу о первостепенной важности устойчивого объекта привязанности для нормального развития ребенка. В это же время произошло значительное развитие психоаналитического метода в плане расширения и изменения исследовательских правил и процедур. Реконструкция прошлого на основе особым образом построенной беседы дополняется методом систематического наблюдения за развитием ребенка, вначале в приютах для детей, лишен-



Анна Фрейд
(1895—1982)

ских садах и клиниках.

Интерес смещается от инстанции «Оно» и принципа удовольствия к формированию и функционированию «Я» как структурной составляющей психики, возникающей в результате социальных контактов и адаптации к реальности. Потребность в адаптации к реальности признается не менее важной, чем потребности либидо. «Я» начинает рассматриваться как достаточно независимая структурная составляющая психики, признается ее вторичная автономия (возникающая в процессе развития) от либидонозных потребностей, связанных с инстанцией «Оно». Х. Хартман, немецкий психоаналитик, эмигрировавший в Америку, наиболее полно и последовательно изложил эти взгляды в своей знаменитой книге «Психология Я и проблемы адаптации», изданной в 1939 г. в США. Он уделял большое внимание защитным механизмам, но не в плане защиты от бессознательных конфликтов, а в плане отражения и моделирования реальности. Его концепция способствовала сближению психоанализа с академической научной психологией, в первую очередь с когнитивными идеями Ж. Пиаже, концепцию которого Л. Берталанфи считал первой последовательной реализацией системного подхода в психологии. Модель развития в психологии «Я» — это представление о качественном усложнении адаптивных функций «Я», выражающемся в качественном изменении когнитивных структур — образов, представлений реальности. Помимо потребности в адаптации, на которую указывал Ж. Пиаже, как на источник развития и усложнения этих структур, Х. Хартман отмечал важность характера межличностного взаимодействия с близкими взрослыми для перехода *Я* на новые уровни когнитивной организации.

Еще одним представителем психологии «Я», хорошо известным у нас в стране по обзорам и переводам, является **Эрик Эриксон**. Он предложил свою модель стадий развития, которая получила широкую известность. В отличие от периодизации психосексуального развития З. Фрейда, центрированной на удовлетворении потребностей «Оно», периодизация Э. Эриксона основана на моделирующем представлении о развитии как удовлетворении социальных по своей природе потребностей «Я». Успешно разрешая конфликты между требованиями социума и собственными потребностями, «Я» переходит на новую ступень адаптации и зрелости.

Под несомненным влиянием этих разработок возникла *теория привязанности* Дж. Боулби, выходящая за рамки психодинамической традиции, но многое у нее позаимствовавшая (см. гл. 7). Дж. Боулби вводит понятие рабочей модели, которая включает представление о себе и о близком человеке «Я — Другой». Эта модель закладывается в детстве, а затем воспроизводится в других

конструктивность или деструктивность.



Маргарет Малер (1897—1985)

Представители теории объектных отношений Р. Фейберн, Д. Виникот, М. Балинт и другие в том же направлении, что и психология «Я», модифицируют классическое моделирующее представление З. Фрейда о механизмах развития. Одним из главных разработчиков теории объектных отношений считается **Маргарет Малер**, предложившая широко известную периодизацию развития объектных отношений. Рост числа *глубоких личностных расстройств* — пациентов с так называемой пограничной организацией личности в постиндустриальном обществе, ставил вопросы, на которые классический анализ не давал ответа. Эти пациенты с грубыми искажениями в восприятии реальности, выраженными трудностями в межличностных отношениях и выраженной эмоциональной неустойчивостью требовали новых объяснительных моделей и новых методов лечения. Такие модели были предложены в психологии «Я», акцентирующей адаптивные функции *Эго*, и теории объектных отношений, которая сконцентрировалась на развитии когнитивных структур, лежащих в основе восприятия реальности. Становление этих структур связывалось с особенностями эмоционального взаимодействия матери и ребенка на ранних стадиях развития.

Психология самости Х. Кохута также возникла в контексте работы с *нарциссическими расстройствами*, характерными для нашей культуры. Он, также как и представители психологии «Я», рассматривал развитие с акцентом на важности удовлетворения эмоциональных, психологических, а не биологических, потребностей ребенка. Предметной добавкой к моделирующему представлению о развитии «Я» в норме и патологии явилось выделение инстанции «самость» и связанной с ней потребности в самоуважении и чувстве собственной ценности. В своей концепции Х. Кохут опирается на идеи З. Фрейда, А. Адлера и К. Юнга, а также идеи гуманистической психологии К. Роджерса. Таким образом, происходит непрерывное обогащение моделирующих представлений в психодинамической традиции.

* * *

Смена моделирующих представлений происходила при столкновении с новыми формами патологии и в связи с задачами совершен-

ствования методов помощи. При этом последователи З. Фрейда акцентировали роль близких безопасных и надежных интерперсональных отношений для формирования зрелых когнитивных структур, лежащих в основе восприятия реальности.

Общим для представителей психодинамической традиции является моделирующее представление о развитии как о созревании определенных структур — от инстанций (З. Фрейда) до объектных репрезентаций (в теории объектных отношений). Психическое здоровье и тяжесть клинической патологии определяются степенью зрелости — дифференцированности и интегрированности этих структур. А теперь обратимся к более детальному сравнительному анализу представленных выше подходов.

3.2. Моделирующие представления о детерминантах психического развития

Представления об источнике развития. Источник развития — это то, что запускает процесс развития. Общим моделирующим представлением для психодинамической традиции является представление о бессознательных врожденных потребностях как источнике развития.

Согласно взглядам З. Фрейда или классическому психоанализу, источником психического развития являются *биологические — сексуальные по своей природе потребности*. Следует подчеркнуть, что сексуальность понимается им как чувственность в широком смысле этого слова, как источник жизненной энергии. Другой человек в этом моделирующем представлении лишь объект, необходимый для удовлетворения инстинктивных потребностей. З. Фрейд формулирует гипотезу первичного нарциссизма младенца, согласно которой либидо младенца замкнуто на себе, а его потребность в других людях полностью обусловлена потребностью в физическом уходе. Позднее эта гипотеза стала предметом дискуссий.

Как отмечалось (см. 2.4), моделирующее представление о развитии психики было заимствовано З. Фрейдом из механики. Подобно машине человек обладает строго определенным энергетическим ресурсом, который запускает работу психического аппарата и расходуется в течение жизни более или менее правильно и эффективно.

Концепция А. Адлера — первый принципиальный пересмотр классического моделирующего представления об источнике развития. Он постулировал *врожденную потребность в единении и общности с другими людьми*, рассматривая ее как «имманентную логику совместной человеческой жизни» (Адлер А. — 1995. — С. 18). Он отказывается от энергетической модели. В его концепции потребность в другом человеке, стремление к людям является исходной точкой развития. Это моделирующее представление имело определяющее влияние на все остальные школы психоанализа, оно принципиально меняло взгляд на детерминанты развития.

К. Юнг фактически полностью принимал этот постулат А. Адлера и подчеркивал важность удовлетворения потребности в человеческой общности для развития: «Тайна и сдержанность — на эти вредные вещи природа, в конце концов, реагирует болезнью. Разумеется, они вредны только в тех случаях, когда являются исключительно личными. Но если они разделяются в обществе с другими людьми, то природа удовлетворяется, и тогда они могут быть даже полезными добродетелями. Темное, несовершенное, глупое, виновное в человеке утаивается для самозащиты... Все отделены друг от друга тайнами, а через пропасти между людьми ведут обманчивые мосты мнений и иллюзий вместо прочного моста признания» (Юнг К. — 1993. — С. 18).

Это моделирующее представление было воспринято представителями социального анализа, психологии «Я», теории объектных отношений, принявших постулат о *врожденной потребности в другом человеке как источнике безопасности, привязанности, тепла и развития собственной идентичности*. Фактически все последователи З. Фрейда, существенно развившие его концепцию, в противовес ему акцентируют социальный характер врожденных потребностей — источников развития, отражающих социальную родовую сущность человека.

После войны сиротские учреждения наполняются детьми, лишившимися родителей. В этих учреждениях работают известные аналитики Р. Спитц и А. Фрейд, заложившие основы психологии «Я» и детского психоанализа. Они приходят к выводу, что депривация эмоционального контакта со взрослым, даже при условии хорошего физического ухода, ведет к тяжелым нарушениям интеллектуального и эмоционального развития у детей. Этот феномен получил название феномена «госпитализма», а состояние, возникающее у лишенных материнской любви и заботы детей, Р. Спиц назвал *анаклетической депрессией*. Наблюдения за такими детьми стали важным доказательством природной потребности человека в любви и привязанности, которая движет его общим развитием. Продолжением этих исследований стала теория привязанности. Ее главные представители Дж. Боулби и М. Эйнсворт рассматривали *потребность в привязанности* как биологическую врожденную потребность, обосновывая это положение опытами с приматами, показавшими, что детеныши, лишенные общения с матерью или замещающим объектом, даже при наличии хорошего питания заболевают и оказываются на краю гибели (см. 7.1).

Теоретики объектных отношений подобно представителям психологии «Я» смещают акцент с удовлетворения чувственных

потребностей на социальную природу человека. Главным источником нормального развития, по их мнению, является не потребность в удовлетворении сексуальных влечений, а потребность в другом человеке — объекте привязанности. Эта мысль емко сформулирована Р. Фейберном, подчеркнувшим, что «либидо ищет не удовольствие, а объект» (Fairbairn R. — 1952).

Х. Хартман как представитель психологии «Я» подчеркнул важность *потребности в адаптации к реальности* как источнике развития наряду с биологическими потребностями и потребностью в другом человеке. Вместе с другими представителями этого направления он рассматривает «Я» как прижизненно формирующуюся инстанцию, призванную удовлетворять данную потребность и обеспечивать воплощение принципа реальности.

К. Юнг постулировал в качестве источника развития еще одну сугубо человеческую потребность — *потребность в обретении самости, или потребность в самореализации. Близок к нему Х. Кохут, постулировавший врожденную потребность в самоуважении*[1].

Таким образом, изменение основного моделирующего представления о бессознательных потребностях как источнике развития происходит по линии от биологических к социальным потребностям, высвечивая все новые грани ключевых для нормального психического развития детерминант. Усложнение моделирующего представления об источниках развития приводило к усложнению и расширению мишеней работы и аспектов, которые попадали в фокус внимания психоаналитиков.

Представления о движущих силах развития. Движущие силы задают направление развитию. Общим моделирующим представлением для психодинамической традиции является представление о движущих силах развития как конфликтующих тенденциях. Конфликт может возникать между различными внутренними потребностями, а также между ними и требованиями внешней среды. Эта борьба определяет психические феномены и психопатологические симптомы. Согласно классическому психоанализу развитие определяется процессом биологического созревания и врожденным стремлением к получению чувственного удовольствия. Биологические потребности воплощаются в энергии либидо. Перемещения либидо с одного объекта удовлетворения на другой в процессе психосексуального развития ребенка имеют вполне определенную логику. Либидо последовательно перемещается по определенным эрогенным зонам тела ребенка, а затем и на другие объекты.

Либидо руководствуется принципом удовлетворения потребностей (принципом удовольствия). Другой движущей силой является принцип реальности, призванный ограничить биологические потребности в соответствии с нормами и требованиями общества. Динамическое взаимодействие этих двух сил — *биологических инстинктов* и *социальных требований*, или, выражаясь словами З. Фрейда, *принципа удовольствия* и *принципа реальности* — и определяет характер и направление развития, а также возможную психопатологию. Позднее помимо либидо З. Фрейд выделил еще одну движущую силу, влияющую на развитие, — инстинкт смерти, или агрессивные, разрушительные тенденции. Он был вынужден постулировать его существование под впечатлением событий Первой мировой войны.

[1] Понятие «самость» используют оба автора, но несколько в разных смыслах, о чем будет сказано ниже.

Ревизией этих представлений психоанализа стала теория А. Адлера: «Наша индивидуальная психология показала... что направление движения человеческого стремления проистекает прежде всего из сочетания *чувства общности* и *жажды личного превосходства* (выделено мною. — *А.Х.*). Оба эти основных фактора проявляются как социальные образования, первый как врожденное, укрепляющее человеческую общность, второе как приобретенное, как вполне понятное желание использовать общность для достижения собственного превосходства» (Адлер А. — 1995. — С. 17). Согласно А. Адлеру каждому человеку свойственно *чувство неполноценности*, неизбежно возникающее в детстве вследствие сравнения себя со взрослыми, т.е. быть человеком означает обладать чувством неполноценности, которое постоянно стремится к своему преодолению. Потребность в преодолении чувства неполноценности и является важнейшей движущей силой развития наряду с врожденной *потребностью в общности*. Как и у З. Фрейда, эти две движущие силы находятся в состоянии борьбы и конфликта. Кроме того, в этом конфликте принимают участие социальные требования и ограничения. Столкновение всех этих сил задает направление развитию.

К. Юнг рассматривал в качестве основного двигателя развития присущую каждому человеку *потребность в самореализации*, толкающую человека на поиски своей *самости* — врожденного ядра «Я», в котором воплощена уникальность и неповторимость каждого человека. Этот поиск запускает процесс индивидуации — обретение своей идентичности — в ходе которого происходит овладение бессознательным и освобождение от его власти. Однако такой поиск неизбежно сталкивается с социальными нормами, ролями и ограничениями, которые грозят подавлением самости и замены ее *персоной* или *маской* — поверхностным образованием, скрывающим и подавляющим внутреннюю, неповторимую сущность каждого человека. Драматическим столкновением стремления к индивидуации и давления общепринятых норм и стереотипов определяется направление развития человеческой личности и ее психическое здоровье.

Другим вариантом ревизии моделирующего представления классического психоанализа о движущих силах развития являются концепции Г. Салливена, К. Хорни, Э. Фромма. Эти авторы отводят межличностным отношениям, обществу и культуре гораздо более существенную роль в развитии, чем просто ограничителя и регулятора биологических потребностей. Теоретики интерперсональных отношений выделяют *потребность в безопасности* в качестве важной движущей силы развития. Удовлетворение этой потребности возможно только в отношениях с другими людьми. Если этого не происходит, то растет базовая тревога, которая создает барьер в развитии и удовлетворении других потребностей, что, в конце концов, приводит к психической патологии. В отличие от З. Фрейда К. Хорни не считает человека обреченным на конфликты самой его природой. Конфликты, по ее мнению, создаются нездоровым окружением, не дающим чувства безопасности.

Согласно К. Хорни, развитие личности и разные формы психической патологии определяют также способ разрешения *конфликта между усвоенными ценностями культа силы и конкуренции, порождающими потребность в превосходстве, и христианскими ценностями любви к ближнему и смирения*. Она обратила внимание на противоречивость и несовместимость многих культуральных ценностей, интроецирование (присвоение) которых задает сложную динамику внутренних конфликтов. К. Хорни разрабатывала новое моделирующее представление о культуре как детерминанте развития психики, она подчеркивала, что не существует единых и универсальных потребностей и механизмов неврозов, что их форма и содержание в значительной степени задаются культурой.

В рамках психологии «Я» впервые делается акцент на врожденной *потребности человека в адаптации* к реальности как важнейшей движущей силе развития. Этот сдвиг происходит под влиянием взглядов Ж. Пиаже, а также на основе опыта наблюдения за детским развитием. Модель развития психологии «Я» и теории объектных отношений знаменует революционный поворот в представлениях о движущих силах развития. Вот что пишет об этом один из крупных современных представителей аналитического подхода Г. Кристалл: «Нам пришлось потратить пятьдесят лет на то, чтобы преодолеть наше увлечение идеями, связанными с анальными проявлениями в детском возрасте, и открыть, наконец, процессы сепарации и индивидуации, имеющие для малыша того же возраста не меньшее значение» (Кристалл Г. — 2000. — С. 80—81).

Модель развития психики, предлагаемая теорией объектных отношений, включает представление о движущих силах как взаимосвязанных *конфликтующих потребностях в близости с объектом, слиянии с ним и автономии от него*. Согласно наиболее известному современному представителю теории объектных отношений О. Кернбергу, общее направление психического развития во многом зависит также от *базового аффекта*, преобладания негативного или позитивного знака эмоциональных реакций у младенца. О. Кернберг считает тип базового аффекта врожденным, однако ведущую роль в трансформации или закреплении базового реагирования он отводит характеру взаимодействия ребенка с его ближайшим окружением.

Таким образом, основное моделирующее представление о движущих силах развития как конфликтующих потребностях и тенденциях трансформируется от модели конфликта биологического и социального к модели конфликта между различными социальными по своей природе потребностями.

Представления о механизмах и условиях нормального развития. Общим для большинства представителей психодинамической традиции является представление о механизмах нормального развитии как адекватном, сбалансированном удовлетворении и реализации различных потребностей и тенденций. Согласно З. Фрейду, основным механизмом нормального развития, обеспечивающим необходимое перемещение либидонозной энергии, является *сбалансированное удовлетворение потребностей, связанных с определенной эрогенной зоной*. Как чрезмерное, так и недостаточное удовлетворение потребностей ведет к фиксации либидо на данной зоне и к искажениям развития. Важным условием сбалансированного удовлетворения потребностей является *адекватное поведение близких взрослых, избегающих суровых ограничений и неразумных потаканий* при кормлении, приучении к горшку, появлении интереса к собственным гениталиям и родителю противоположного пола. Тогда становится возможной *сублимация* — перераспределение либидонозной энергии на решение социальных по своей природе задач, на творчество и отношения с другими людьми.

Для А. Адлера в качестве важнейшего механизма нормального развития выступает *сбалансированное удовлетворение потребностей в самоутверждении и кооперации* через развитие способности к конструктивному взаимодействию с другими людьми, учету их интересов, а также упорства и инициативы в постановке собственных целей, т. е. путем здоровой компенсации чувства неполноценности. Такое сбалансированное удовлетворение ведет к возникновению конструктивного *жизненного плана*, детерминирующего дальнейшее развитие. В качестве важнейшего условия такого нормального развития он рассматривает ближайшее социальное окружение ребенка: отношения с этим окружением и определяют его развитие в сторону здоровья или в сторону патологии. Дефицит похвалы, ситуаций успеха, доброжелательного

признания, учета реальных возможностей и поддержания собственной инициативы ребенка при постановке перед ним различных задач, несправедливая и избыточная критика в его адрес ведут к нездоровым, фиктивным формам компенсации чувства неполноценности и трудностям кооперации с людьми. Также и чрезмерное потакание, гиперопека и контроль ведут к низкой самооценке и чувству неполноценности из-за недостаточной способности к самостоятельности, а отношения с людьми портят слишком высокие ожидания и требования от них помощи и заботы.

К. Юнг подчеркивал важность механизма установления *баланса процессов экстраверсии и интроверсии для нормального развития*. Уход в себя в ущерб связям с внешним миром и другими людьми или же, наоборот, чрезмерная зависимость от внешних объектов формируются в виде защитных стратегий в определенных неблагоприятных условиях, под которыми К. Юнг также понимает качество интерперсональных отношений. Подобно А. Адлеру, К. Юнг указывает на близость с людьми и самораскрытие как условия переработки внутренних конфликтов, представленных в виде аффективных комплексов. Доверительные, близкие отношения с другими людьми выступают, таким образом, условием овладения своим бессознательным и процесса индивидуации. Сокрытие и подавление своих истинных чувств и потребностей из страха перед людьми или в угоду внешним социальным стандартам грозит блокадой развития.

В качестве еще одного механизма нормального здорового развития К. Юнг рассматривает *процесс овладения своим бессознательным путем осознания его содержания, заключенного в различных субстанциях*. Так, например, каждый мужчина, согласно К. Юнгу, должен осознать и принять свое женское начало (*анима*), а каждая женщина — мужское (*анимус*). В противном случае неосознаваемая и отторгаемая часть будет определять их поведение и психологические проблемы. Мужчина лишается способностей, которые дает осознаваемая и интегрированная анима — устанавливать глубокие отношения, использовать интуицию, но при этом под влиянием бессознательного женского архетипа делается по-женски уязвимым, ранимым и чувствительным. Женщина лишается мужской силы, энергии, при этом от людей ее отделяет склонность к резким суждениям и выводам как проявлениям отвергаемого интеллектуального мужского начала.

Представители психологии «Я» (Х. Хартман, Э. Эриксон) указывают на важность своевременного удовлетворения потребностей «Я», соответствующих разным этапам развития, ведущая роль при этом отводится ближайшему окружению. Постоянство заботящейся фигуры и качество общения с ней (проявление заботы и тепла) определяют постепенное развитие способности к автономии и самостоятельности. Ранняя сепарация и непостоянство объекта привязанности грозят различными нарушениями.

Согласно идеям М. Клайн, на ранних стадиях развития ребенок расщепляет образ матери на «плохой» (в случае фрустрации потребностей) и «хороший» (когда его потребности удовлетворяются). С каждым из этих образов связан соответствующий аффект — в первом случае ненависти, во втором — любви. Маленький ребенок не в состоянии интегрировать эти образы, поэтому их расщепление выполняет полезную функцию — дает ему необходимую защиту от амбивалентных противоречивых чувств к матери. Постепенно происходит их интеграция в целостный дифференцированный образ, который содержит как позитивные, так и негативные стороны матери как объекта. Если этого не происходит, то возникают серьезные проблемы в эмоциональной регуляции поведения (расщепленные образы обусловливают возникновение сильного поляризованного аффекта с переходом от идеализации и восхищения к обесцениванию и ярости).

В качестве основного механизма интеграции и когнитивного усложнения внутренних репрезентаций, играющих роль матрицы для восприятия окружающего мира, рассматривается сбалансированное удовлетворение двух конфликтующих потребностей — *потребности в близости и потребности в автономии*. Основным условием, обеспечивающим такой баланс является *адекватное поведение близких взрослых* (поощрение автономии ребенка по мере роста его возможностей и обеспечение необходимой на каждом этапе поддержкой). Эмоциональная неустойчивость матери, ее неспособность к роли «контейнера» для переработки негативных эмоций ребенка, резкие изменения в ситуации развития в виде смены близких фигур чреваты нарушениями развития и психопатологией. Если в концепции З. Фрейда главная функция матери в сбалансированном удовлетворении чувственных потребностей ребенка, то здесь мать выступает в функции «контейнера» для переработки незрелых детских эмоций, ее задача успокоить, сохраняя при этом эмоциональную стабильность. Только при этих условиях возможна интеграция примитивных расщепленных образов себя и ближайшего окружения в более сложные когнитивные образования.

Х. Кохут разделяет представление теории объектных отношений о развитии как все большем усложнении первоначальных примитивных идеализированных образов себя и объекта привязанности. При удовлетворении потребности в самоуважении происходит постепенная деидеализация и возникновение реалистичных образов, соединяющих позитивные и негативные стороны объ-

екта. Главным условием нормального развития он полагает *эмпатическое поведение близких взрослых в раннем детстве*, которое закладывает основу для формирования *самости* — глобального чувства себя как целостного и ценного существа. Здесь важны такие отношения, которые позволяют отказаться от примитивной идеализации как механизма поддержания самоуважения, почувствовав свою ценность — меня понимают и принимают таким, какой я есть, поэтому можно быть обычным человеком, но достойным любви. Это позволяет интегрировать поляризованные образы себя и других и построить более сложные и реалистичные образы.

Представители социального анализа, вслед за А. Адлером и К. Юнгом, важнейшим условием нормального развития считают доверительные и конструктивные отношения с ближайшим окружением, т.е. такие *отношения, в которых удовлетворяются базовые потребности в любви и безопасности*. Если ребенок находит безопасность, доверие, любовь и тепло в доме, то его конфликты не неизбежны и разрешимы. Кроме того, согласно К. Хорни, человек самостоятельно может преодолеть многие проблемы путем осознания своих конфликтов в ходе *самоанализа*. В то время как З. Фрейд полагал, что разрешение патогенных конфликтов возможно лишь с помощью аналитика, К. Хорни выделяла в качестве механизма нормального развития *самостоятельную работу человека по осознанию своих проблем и конфликтов*. К. Хорни и Э. Фромм сделали существенный шаг в представлениях об условиях нормального развития по сравнению с А. Адлером и представителями постклассического психоанализа. Они вышли за пределы интерперсональных отношений с ближайшим социальным окружением человека и обратились к обществу, которое может создавать условия для здорового развития, а может способствовать возникновению патогенных конфликтов.

Таким образом, классическое моделирующее представление о механизмах нормального развития как сбалансированном удовлетворении либидонозных потребностей сменилось представлением о сбалансированном удовлетворении потребности в близости и автономии в постклассическом психоанализе и неофрейдизме. В качестве условия такого удовлетворения полагалось особое качество интерперсональных отношений, способствующих развитию независимости и самоуважения в сочетании с доверием и кооперацией с другими людьми. Представители социального психоанализа дополнили представление об условиях нормального развития обращением к обществу и культуре в широком смысле.

Все вышесказанное существенно трансформировало мишени и методы психотерапии. Кроме того, новое моделирующее представление было значительно легче транслировать клиентам в процессе практической терапевтической работы в силу его большей понятности для обыденного сознания. Как отмечает известный современный психоаналитик Н. Мак-Вильямс, классически ориентированным аналитикам в процессе интерпретации приходилось увязывать актуальные проблемы взрослых пациентов с особенностями кормления грудью, приучения к горшку и сексуального влечения к родителю противоположного пола в раннем возрасте. Значительно понятнее для клиентов было увязывание актуальных проблем с особенностями интерперсональных отношений в раннем детстве, например с трудностями сепарации, дефицитом эмпатии со стороны родителей и т.д. (Мак-Вильямс Н. — 1998).

Поскольку психическое развитие человека никогда не свободно от конфликтов и травмирующих переживаний, З. Фрейд высказывал глубокие сомнения относительно возможности психического здоровья в естественных условиях развития и практически каждого человека считал носителем потенциально опасных бессознательных образований. Путем к осознанию этих образований и овладению своим бессознательным он считал психоанализ, так как полагал, что проделать эту работу самостоятельно практически никто не способен. Эти идеи в значительной степени разделяли его последователи. Таким образом, мы можем выделить еще одно условие становления здоровой личности в данной традиции — прохождение курса психоанализа. Исключение составляет хорнианский подход, высоко оценивающий возможности самоанализа в преодолении бессознательных конфликтов и предлагающий для этого целую систему приемов.

* * *

В ходе становления психодинамической традиции представления классической науки о неизменности психики как предмета изучения и универсальных естественных детерминантах ее нормального развития и патологии заменяются представлениями о культуральных детерминантах развития психики и изменчивых формах патологии.

Обобщая, можно зафиксировать следующие революционные повороты в моделирующих представлениях о детерминантах развития психики в рамках рассматриваемой традиции:

1) в представлении об источниках и движущих силах развития — от биологических влечений к потребностям, отражающим социальную природу человека;

2) в представлении о механизмах и условиях нормального развития — от сбалансированного удовлетворения биологических влечений к балансу близости и автономии в эмоциональном взаимодействии с другим человеком.

Таким образом, в представлениях о детерминантах развития все больше начинают учитываться влияния окружающей социальной среды.

3.3. Моделирующие представления о структурно-динамических характеристиках психики

Представления о структуре психики. Можно выделить два этапа в развитии взглядов З. Фрейда на структуру психического: 1) деление психики на зоны сознательное, предсознательное и бессознательное (топографическая модель, предполагавшая возможность пространственной локализации зон по отношению друг к другу — по аналогии с системами внутренних органов); 2) деление психики на инстанции «Оно», «Я» и «Сверх-Я».

Важная роль бессознательного в работе психики стала очевидной для З. Фрейда в процессе работы с больными истерией. Он пришел к выводу, что различные функциональные соматические симптомы (истерический паралич, истерическая слепота и т. п.) связаны с травматическими конфликтными переживаниями, вытесненными в бессознательное в силу их неприемлемого для сознания содержания (например, инцестуозного характера). Суть конфликта могла быть изложена больными под гипнозом и оказывалась недоступной в обычном состоянии сознания. В то же время грань между сознанием и бессознательным не была непроходимой. Содержание бессознательного могло проникать в сознание также в виде ошибочных действий и оговорок (психопатология обыденной жизни), в виде снов и фантазий, в виде импульсов и аффектов. Таким образом, первая топографическая модель психики была разработана З. Фрейдом на основе изучения истерии, а затем перенесена на человеческую психику в норме.

Второе представление о структуре психики в виде трех инстанций возникло при дальнейшем изучении психических расстройств и попытках объяснить наблюдаемые феномены. «Оно» — это средоточие бессознательных потребностей, главным образом сексуального характера, т. е. того, что мы ранее назвали источником и движущей силой развития. Вначале З. Фрейд считал, что «Оно» полностью подчиняется принципу удовольствия, т. е. стремится к удовлетворению либидонозных желаний. Однако Первая мировая война с многочисленными бессмысленными жертвами заставила его предположить существование противоположного либидо инстинкта смерти или влечения к разрушению и уничтожению.

«Я» — это инстанция, формирующаяся в процессе развития в результате конвергенции двух факторов — биологического и социального. «Я» подчиняется принципу реальности и пытается контролировать «Оно», функционирующее по принципу удовольствия и заключающее в себе бессознательные примитивные импульсы и желания, иррациональные фантазии и потребности. «Оно» довербально и выражает себя в образах и фантазиях и

символах, а также дологично и выражает себя в примитивных так называемых первичных процессах мышления, не подчиняющихся законам логики (примером тому является кажущаяся абсурдность многих сновидений). «Я» — это набор функций, частично сознательных, частично бессознательных, призванных ограничить притязания «Оно» и обеспечить приспособление к требованиям жизни и реальности.

К становлению трехчленной схемы психики и выделению «Сверх-Я» З. Фрейда привело изучение депрессий. Депрессии обычно сопряжены с острым недовольством собой и самообвинениями, вплоть до суицидальных попыток и психотических состояний с наличием обвиняющих и критикующих голосов. Наблюдения за депрессивными больными навели на идею выделения еще одной инстанции, являющейся носителем образцов или идеальных представлений. У больных депрессией эта инстанция является очень ригидной и жесткой — так называемое карающее «Сверх-Я», поэтому при неудаче или несчастье такие больные легко впадают в недовольство собой и склонны во всем обвинять себя. Также как и «Я», «Сверх-Я» содержит сознательные и бессознательные компоненты.

Итак, развитие моделирующего представления о структуре психического (введение инстанции «Сверх-Я») происходило в результате переноса старого представления на новую реальность, которую не удавалось глубоко понять и объяснить в рамках прежнего моделирующего представления.

Наиболее известной ревизией моделирующего представления о структуре психического является введение К. Юнгом понятия *коллективного бессознательного* — некоторых общих для разных личностей и даже народов форм хранения исторического опыта человечества. Наиболее ярко коллективное бессознательное выражается в сказках, легендах, мифах. Одним из толчков к появлению этого моделирующего представления стала работа с больными шизофренией. Их бредовая и галлюцинаторная продукция поразила К. Юнга своим сходством с мифологическими сюжетами. В свою очередь анализ мифологии различных народов привел его к выделению ряда инвариантных сюжетов и структур.

Наряду с коллективным бессознательным К. Юнг постулировал *личное бессознательное*, которое отражает и хранит личный опыт данного конкретного человека. Коллективное бессознательное состоит из *архетипов* — бессознательных первообразов, отражающих наиболее фундаментальные потребности человека. Примерами архетипов являются анима и анимус, отражающие женское и мужское начало, заключенные в каждом человеке. Центральным архетипом, согласно К. Юнгу, является *самость* — от природы заданная неповторимая сущность, уникальность каждой

личности. Ее раскрытие является высшей целью психического развития. Наконец, низшая, или отвергаемая, часть личности получила в этой структурной модели название «тень». Изначально архетипы лишены ясного содержания, они наполняются им в процессе жизни каждого человека.

Бессознательное состоит из эмоциональных комплексов, в которые объединены общим аффектом определенные понятия, события, фантазии и воспоминания. Некоторые из этих комплексов аффективно сильно заряжены и представляют определенную угрозу для психического здоровья.

Не все неофрейдисты приняли структурную модель З. Фрейда. Так, Г. Салливен предложил другую модель организации опыта — путем формирования частично сознательных частично бессознательных концепций себя и других. Г. Салливен называл эти концепции *персонификациями*, которые связаны с аффектами и зачастую плохо соотносятся с реальностью. Так, ребенок формирует персонификацию «хорошей матери», удовлетворяющей его потребность в тепле, безопасности и нежности, и персонификацию «плохой матери», поведение которой фрустрирует и вызывает тревогу. Ребенок должен проделать определенный путь для интеграции этих полярных персонификаций в единый образ. Персонификации могут актуализироваться в процессе его общения с другими людьми и определять эмоциональные реакции на них.

«Хорошие» и «плохие» персонификации себя постепенно складываются в «Я-систему». Наряду с «Я-персонификациями» могут существовать «Не-Я-персонификации» — диссоциированные неприемлемые, угрожающие части опыта. В случае неблагоприятного развития возникает жесткая, ригидная, недоступная новому опыту «Я-система».

К. Хорни оперировала понятием «образ Я», разделив *реальный* и *идеальный* «образ Я». Она считала, что именно значительный разрыв между ними определяет невротическую структуру личности.

Отход от структурной модели З. Фрейда у представителей интерперсональной психологии объясняется переносом внимания с бессознательных инстинктов, заключенных в инстанции «Оно» на взаимоотношения с реальностью, и прежде всего с окружающими людьми. Трехчленная схема З. Фрейда не позволяла описывать эти отношения, она была предназначена для описания внутренних процессов и конфликтов.

Психология «Я» и теория объектных отношений не отрицают структурную модель З. Фрейда, но вводят параллельное моделирующее представление о структуре психики. Согласно ему структурными составляющими являются «объектные репрезентации», которые имеют определенное сходство с понятием «персонификации» Г. Салливена и «образа Я» у К. Хорни. Такую трансформацию моделирующего представления можно связать с фокусом внимания на инстанции «Я», которая отвечает за связи с реальностью, за отражение реальности. Конструктивное, полезное для практической работы описание этих функций инстанции «Я» требовало новых моделирующих представлений. Вводится понятие объектных репрезентаций. *Объектные репрезентации* — это когнитивные образования, репрезентирующие в психике объекты окружающего мира, прежде всего собственное «Я» и других людей. Они могут быть охарактеризованы по ряду параметров, отражающих степень их зрелости и уровень развития: ***дифференцированность***, ***интегрированность***, ***константность***, ***осознанность***.

Например, образ себя у людей, склонных к эмоциональным расстройствам, может быть очень поляризованным и плохо интегрированным («Я Бог — я Червь»). В зависимости от ситуации актуализируется один из его полюсов (в чем выражается низкая константность образа), что ведет к значительным колебаниям эмоциональных реакций, а также неадекватности в постановке жизненных целей и в межличностных отношениях по типу «очарование — разочарование». Зрелый интегрированный образ «Я» соединяет достоинства и недостатки в реалистичную, взвешенную и тонко дифференцированную картину, которая служит достаточно надежным и адекватным реальности регулятором поведения.

Таким образом, в развитии моделирующих представлений о структуре психики произошел переход от модели инстанций, представляющих разные части психики, к модели когнитивных структур, репрезентирующих образы себя и окружающего мира. Такая трансформация способствовала изменению мишеней терапевтической работы психоаналитиков: на место незрелых субстанций выходит незрелость когнитивных структур. В результате классическая задача аналитической терапии — развитие зрелого «Я», способного разрешать внешние и внутренние конфликты — получает удобную операционализацию в виде задачи развития зрелых когнитивных структур.

Представления о микродинамике психики. Базовым для всех психодинамических концепций является моделирующее представление о функционировании психики (микродинамике) на основе системы безопасности: непрерывном процессе смягчения и решения внешних и внутренних конфликтов, непрерывном процессе поиска компромисса между различными потребностями. Это представление оформилось в понятии *психологической защиты* — способа преодоления разнообразных конфликтов путем искажения внешней и внутренней реальности. Сбой психологической защиты, неэффективность ее работы, доминирование определенных видов защиты могут приводить к появлению симптомов патологии.

Согласно З. Фрейду, микродинамика представляет собой непрерывный процесс поиска компромисса между «Я» и «Оно», который обеспечивается цензурой — субстанцией подобной полупроницаемой мембране или «прокладке» между сознанием и бессознательным. Такая же регуляция необходима при взаимодействии психики с внешней реальностью. Так называемые *первичные процессы* мышления соотносятся с инстанцией «Оно» и подчиняются принципу удовольствия — это процессы, где не работает обычная логика, их характеризует нечувствительность к противоречиям, игнорирование реальности, стремление к осуществлению бессознательных желаний. *Вторичные процессы* мышления подчинены принципу реальности и соотносятся с требованиями «Я», т.е. они руководствуются требованиями действительности и логики. Важнейшая роль в этой динамике первичных и вторичных процессов принадлежит *защитным механизмам*, которые являются центральной функцией «Я» и призваны воспрепятствовать проникновению в сознание неприятного угрожающего содержания как из бессознательного, так и из внешнего мира. К важнейшим защитным механизмам относятся:

вытеснение — удаление неприятного содержания из сознания в бессознательное (например, полное исчезновение из памяти неприятного унизительного эпизода);

отрицание — более примитивный и грубый защитный механизм, чем вытеснение, когда отрицается очевидный факт и происходит явное искажение актуальной реальности (например, отрицание гибели близкого человека, факт которой неопровержимо доказан, отрицание проблемы зависимости страдающим алкоголизмом человеком и т.д.), в то время как при вытеснении неприятный факт был первоначально воспринят и лишь затем оказался прочно забытым;

рационализация — переработка фактов и событий путем их более приемлемой для сознания интерпретации (меня не приняли на работу, сказав, что не подхожу, но на самом деле мне самому эта работа не подходила — защита по типу «зелен виноград»);

сублимация — направление сексуальной энергии либидо в социально одобряемые формы активности (работа, творчество, увлечения и т.п.);

проекция — приписывание другому собственных неприемлемых для сознания желаний, импульсов и мотивов (например, подозрительные и недоверчивые люди, приписывающие другим агрессивность и недоброжелательность, как правило, сами отличаются скрытой враждебностью);

интроекция — принятие определенных представлений, правил и норм в качестве собственных с целью снижения страха перед их носителями (примером может служить фанатичная идентификация с идеологическими ценностями у многих людей, проживающих в тоталитарном государстве);

изоляция аффекта — отсутствие эмоций в аффективно значимой ситуации, отщепление когнитивного содержания ситуации от связанных с ней эмоций;

реактивное образование — превращение неприемлемого мотива или импульса в свою противоположность (например, повышенная чистоплотность и брезгливость у людей с анальной фиксацией);

регрессия — возврат к детским формам поведения, с которыми ассоциируется большая безопасность (например, демонстрация зависимого поведения с цеплянием за сильную фигуру в угрожающей ситуации);

отреагирование во вне — импульсивный выброс накопившегося напряжения, утрата контроля над глубинными импульсами (взрыв агрессии или плача, аутоагрессия в виде нанесения самоповреждений, реализация запретных сексуальных или агрессивных фантазий);

замещение — замена объекта опасных чувств и переживаний на более безопасный (страх ответить грубому начальнику выливается в бурный скандал дома).

Развитие инстанции «Я» — как сознательной ее части («концепции Я»), так и бессознательной (функционирующей в виде защитных механизмов) — оказывается в центре внимания психологии «Я». Как мы уже упоминали, в этом весьма авторитетном направлении психоанализа происходит смещение акцента в предмете изучения по сравнению с классическим анализом З. Фрейда, для которого главным объектом интереса и определяющей развитие субстанцией было «Оно» и бессознательное. Психология «Я» пытается сбалансировать преувеличение роли бессознательного в ущерб процессам становления инстанции «Я», подчиняющейся принципу реальности. Х. Хартман одним из первых акцентирует внимание на важности отношений с объектами внешнего мира на ранних стадиях развития для последующего функционирования психики и для возникновения достаточно сильного, независимого «Я», способного с минимальными искажениями тестировать реальность и разрешать внутренние конфликты, не вытесняя их в бессознательное. Если у З. Фрейда моделирующее представление о микродинамике психики — это прежде всего процесс регуляции взаимоотношений между «Я» и «Оно», то в психологии «Я» — это регуляция отношений между «Я» и реальностью.

А. Фрейд впервые дает систематическое описание защитных механизмов, искажающих реальность, с целью защиты сознания от травмирующих переживаний. Однако чем сильнее «Я», т.е. чем здоровее психика данного человека, тем меньше его по-

требность в искажении реальности и тем выше способность выносить неприятные переживания и обходиться без примитивных защит (грубых искажений реальности). Признаком здоровой психики является также способность к использованию разных защит в зависимости от обстоятельств, в то время как для нарушенной психики характерно функционирование в жестком, ригидном ключе с фиксацией на каком-то определенном типе защит. Доминирование разных психологических механизмов связывается в психоанализе преимущественно с тем или иным видом патологии: вытеснение — с истерией, изоляция аффекта — с неврозом навязчивых состояний и т.д. Функционирование психики в норме характеризуется гибким применением разных защит.

Число описанных защитных механизмов значительно выросло со времен З. Фрейда, что связано с изучением разных форм патологии и вычленением разными авторами все новых характерных форм искажения реальности, направленных на избегание травмирующих переживаний. Эта часть теории была меньше всего подвергнута сколько-нибудь сущностной ревизии в постклассическом психоанализе, а скорее находится в процессе постоянного обогащения и уточнения. В ходе развития психоанализа выработалось различение между зрелыми и архаичными, примитивными защитами. *Примитивные защитные механизмы* характеризуются грубым искажением реальности вплоть до отрицания, более зрелые механизмы способствуют более адекватному приспособлению к реальности. К примитивным защитным механизмам относятся: отрицание реальности, примитивная изоляция от нее (уход в фантазии), расщепление реальности (склонность к поляризованным оценкам, когда даже один и тот же объект воспринимается то как прекрасный, то как ужасный) и др. К более зрелым механизмам относятся регрессия, вытеснение, рационализация, реактивное образование и др. Развитие идей о связи разных типов защитных механизмов (разных типов функционирования или микродинамики психики) с разными уровнями организации личности — психотическим, пограничным и невротическим — было сделано в рамках теории объектных отношений. В частности, психотический и пограничный типы отличаются от невротического доминированием примитивных защит, т.е. функционированием психики в режиме более грубых искажений реальности.

Новое моделирующее представление о психологической защите было предложено создателем психологии самости Х. Кохутом, который выделял такую функцию психологической защиты, как *поддержание самоуважения*. Дальнейшее развитие моделирующего представления о функционировании психики выросло из работы с так называемыми нарциссическими расстройства-

ми — одним из вариантов личностной патологии. Согласно концепции Х. Кохута, защитный механизм идеализации или психологическая защита через идеализацию собственного «Я», ощущение собственного могущества и грандиозности возникает как следствие ранней нарциссической травмы в детстве, заблокировавшей самореализацию в виде конкретных личных целей, устремлений, идеалов. Следует заметить, что основные постулаты этой концепции имеют много общего с гуманистическими идеями К. Роджерса.

А. Адлер и представители социального психоанализа, разрабатывали иное моделирующее представление о функционировании психики. Опорным здесь стало введенное А. Адлером представление о *типах компенсации конфликтов* и *чувства неполноценности через определенную направленность поведения*, а не только защитные механизмы. Понятие компенсации получило развитие в работах К. Хорни, которая пишет о различных *компенсаторных стратегиях.* Компенсаторные стратегии — это те или иные способы поведения по отношению к окружающей действительности и другим людям, призванные смягчать конфликты. Они могут быть *эффективными* (помогать самоутверждению и безопасности за счет развития собственных способностей и продуктивности, а не за счет разрыва с другими людьми или подчинения им) и *неэффективными* (приводить к изоляции, противостоянию или зависимости). Это представление в корне меняло направленность психотерапевтических воздействий, позволяло более активно и целенаправленно работать с поведением людей и их интерперсональными отношениями, а не ограничиваться интерпретацией защит.

Г. Салливен сформулировал представление о функционировании психики как процессе поддержания и развития системы представлений о себе и о мире. Он пишет об *избирательной невнимательности* как механизме отгораживания от той части реальности, которая несет угрозу Я-системе или системе представлений о себе. В случае если последняя обладает чертами жесткости и ригидности избирательная невнимательность неизбежно отсекает значительную часть опыта, что может, в свою очередь, приводить к психической патологии. В этих взглядах можно также увидеть много общего с концепцией К. Роджерса.

Таким образом, в рамках классического и постклассического психоанализа основным моделирующим представлением о функционировании психики было представление о непрерывном процессе разрешения и смягчения внешних и внутренних конфликтов за счет различных искажений внешней и внутренней реальности. У представителей неофрейдизма это дополняется представлением о защитных или компенсаторных стратегиях поведения. Оба мо-

делирующих представления задавали определенные мишени и способы воздействия, которые можно рассматривать как взаимодополняющие.

Представления о макродинамике или этапах развития психики. Моделирующее представление о развитии как революционном процессе, проходящем различные этапы и стадии от инфантильности до зрелости, присуще фактически всем представителям психодинамического направления. Однако выделение этапов имеет свою специфику в разных школах. Остановимся лишь на тех концепциях, в которых разработаны наиболее известные периодизации развития.

Согласно З. Фрейду, процесс развития протекает в виде последовательной смены пяти стадий — *оральной*, *анальной*, *фаллической*, *латентной* и *генитальной*. На первых стадиях происходит преимущественная концентрация либидонозной энергии на соответствующей части тела, которая становится основным источником удовольствия и интереса. Формирование личности и характера заканчивается приблизительно к пяти годам вместе с завершением трех первых стадий. Затем следует латентная стадия, когда чувственные влечения находятся в заторможенном состоянии и интересы ребенка в большей степени концентрируются на внешнем мире, после чего в подростковом возрасте наступает процесс полового созревания и переход на последнюю, генитальную стадию развития.

Как уже отмечалось, процесс развития в психоанализе рассматривается как процесс конвергенции двух факторов — биологического созревания и социального ограничения (регуляции желаний, сопровождающих созревание). Согласно этой модели, упомянутые факторы находятся в постоянном конфликте и весь процесс развития — это поиск компромисса между ними. Чрезмерно жесткое привитие культурных норм в ущерб либидонозным потребностям может приводить к нарушениям развития. Точно так же недостаточное привитие культурных норм и требований и потакание чувственным потребностям — к дезадаптации и психическим расстройствам.

Проиллюстрируем разработку этого моделирующего представления применительно к конкретным стадиям развития. Если на оральной стадии чувство удовольствия у ребенка связано в основном с оральной зоной, то ребенок, находящийся на анальной стадии развития, испытывает удовольствие от процесса дефекации и мочеиспускания. Он также испытывает повышенный интерес к собственным дефекациям и часто демонстрирует отсутствие брезгливости и неопрятность, может пачкать постель и белье, играть со своими фекалиями, с удовольствием и гордостью их рассматривать. Привитие навыков опрятности нередко сопровождается сопротивлением и упрямством. Чрезмерно стро-

гие требования и наказания мешают удовлетворению потребностей данной стадии, что может приводить к фиксации на ней, и впоследствии выразиться в определенных особенностях характера и наличии специфических проблем у данного человека. То же самое, однако, может произойти и при чрезмерно снисходительном отношении и непоследовательном привитии навыков опрятности.

Наибольшую известность из всех описанных З. Фрейдом конфликтов приобрел так называемый *Эдипов комплекс* — конфликт соответствующей третьей, фаллической, стадии, заключающийся в столкновении сексуального влечения к матери и страха перед сильным конкурентом-отцом у мальчиков. Согласно З. Фрейду, разрешение этого конфликта во многом определяет будущие проблемы взрослого человека.

А. Адлер и К. Юнг не создали сколько-нибудь влиятельной периодизации развития. Однако А. Адлер ввел такое важное понятие, как *жизненный план*, за которым стоит моделирующее представление о психическом развитии как самопроектировании, которое стало одним из основных в экзистенциально-гуманистической традиции (см. гл. 5). К. Юнг также положил в основу своей концепции это моделирующее представление, рассматривая развитие как процесс самореализации и индивидуации. Он также ввел *различение первой и второй половины жизни* на основании принципиально разных задач, стоящих перед человеком в эти периоды. Если в первой половине жизни главными являются задачи социальных достижений и самоутверждения, то во второй — задачи самопознания и обретения мудрости. Таким образом, в отличие от З. Фрейда, К. Юнг подчеркивает важность второй половины жизни, а не раннего детства, для непрерывного процесса становления зрелой личности. Эти представления о макродинамике развития во многом перекликаются с идеями экзистенциальной психологии.

Г. Салливен в своей концепции развития делал акцент на интерперсональных отношениях. Он выделял семь периодов, или этапов, в становлении личности:

младенчество (развитие первых персонификаций);

детство (закладывается баланс персонификаций «Я-хорошее» и «Я-плохое», который определяется соотношением похвал и наград, с одной стороны, критики и наказаний — с другой, закладываются также персонификации других людей на основе поведения родителей — отвергающее холодное поведение ведет к формированию концепции враждебного мира);

ювенальный период (начинается с появлением потребности в друге, часто с поступлением в школу, на этом этапе могут быть исправлены многие ошибки родителей, так как на каждом новом

этапе возникновение новых потребностей делает «Я-систему» менее ригидной, на этом этапе очень важно не травмировать ребенка разрывами значимых отношений);

отрочество (доминирует потребность в более близком общении с лицами противоположного пола или с другом, их влияние может модифицировать жесткую «Я-структуру» и другие нарушения развития, произошедшие на предшествующих стадиях, эта фаза особенно важна в коррекции эгоцентрической установки);

ранняя юность (сильная потребность в лицах противоположного пола, часто развитие осложняется первыми неудачами и плохой информированностью о физиологии и психологии этого возраста, могут возникать острые переживания своей несостоятельности);

поздняя юность (рост социальных обязанностей, ответственности, неудачное прохождение предшествующих стадий может привести к изоляции от других людей);

взрослость (зрелый набор межличностных связей и способность к настоящей любви).

Наиболее известной ревизией фрейдовского представления о стадиях развития в рамках психологии «Я» является теория стадий развития Э. Эриксона, одного из наиболее крупных представителей этого направления. На ней мы остановимся также потому, что она пользуется широкой популярностью у представителей разных психологических школ из-за своей наглядности и простоты трансляции.

Э. Эриксон не отвергал стадий, выделенных З. Фрейдом, суть ревизии заключалась в двух основных изменениях: 1) в качестве основного критерия выделения стадии выступают соответствующие ей основные психологические потребности и задачи «Я»; 2) развитие и становление личности человека не ограничивается первыми пятью годами, а имеет непрерывный характер, т. е. человек развивается всю свою жизнь. Соответственно, Э. Эриксон выделял следующие стадии психического развития и связанные с ними кризисы:

младенчество (оральная стадия — до одного года) — формирование базового доверия, соответствующее ведущей на данном этапе потребности в безопасности; при неудачном прохождении возникает недоверие к миру;

ранний возраст (мускулярно-анальная стадия — 1—2 года) — формирование чувства автономии, соответствующее потребности в самостоятельности, преодоление чувства страха и сомнения; при неудачном прохождении — зависимость или импульсивность;

возраст игры (фаллическая стадия — 3—6 лет) — формирование чувства базовой эффективности, соответствующее потребности в инициативе, преодоление чувства стыда, обретение смысла; при неудачном прохождении — пассивность;

школьный возраст (латентная стадия 6—14 лет) — формирование чувства уверенности в своих силах, соответствующее потребности в достижениях, преодоление чувства своей неумелости и малоценности; при неудачном прохождении — инертность;

подростковый возраст (генитальная стадия — 14—25 лет) — формирование чувства собственной идентичности, соответствующее потребности в сопринадлежности и сопричастности, преодоление чувства диффузной, неясной идентичности; при неудачном прохождении — застенчивость, негативизм;

молодость (25—35 лет) — формирование чувства интимности, соответствующее потребности в близких отношениях и любви, преодоление чувства отчуждения и изоляции; при неудачном прохождении — изоляция, одиночество;

взрослость (35—45 лет) — творческая активность, соответствующая потребности в реализации накопленного потенциала и заботе о других, при неудачном прохождении утрата смысла, ощущение монотонности и рутины;

зрелость (с 45 лет) — интегрированность «Я», соответствующая потребности в целостности, преодоление неудовлетворенности и сомнений, обретение мудрости; при неудачном прохождении — разочарование в себе, чувство напрасно прожитой жизни.

Классическое моделирующее представление З. Фрейда о процессе развития было наиболее последовательно подвергнуто ревизии в теории объектных отношений, в которой основной акцент делается на развитии отношений с внешним миром — миром людей и вещей. Представители теории объектных отношений «уделяли внимание не столько тому, какое желание не получило должного обращения в детстве, или тому, какая фаза была плохо пройдена, или какие защитные реакции Эго доминируют, сколько тому, каковы были главные объекты в мире ребенка, как он их переживал, как они и их чувственные аспекты были интернализованы и как их внутренние образы и репрезентации (представления о них) продолжали существовать в бессознательном взрослого» (Мак-Вильямс Н. — 1998. — С. 50).

Так, М. Малер рассматривала развитие как процесс «разделения—индивидуации» (Mahler M. — 1979). Под «разделением» М. Малер понимала процесс, в ходе которого младенец постепенно формирует внутрипсихическую репрезентацию себя, отличную и отдельную от репрезентации матери и позволяющую ему функционировать отдельно от матери. «Индивидуация» означает попытки ребенка построить свою уникальную идентичность, воспринять свои собственные уникальные характеристики.

М. Малер понимала процесс развития «Я» как развитие способности к близости с объектом[1] и независимости от него. Согласно представлениям теоретиков объектных отношений становление этой способности основано на развитии объектных репрезентаций, которое в свою очередь представляет собой процесс усложнения образов объектов и интеграции их нередко противоречивых характеристик в единый сложный, но относительно постоянный образ.

М. Малер предложила свою периодизацию развития, соответствующую развитию объектных репрезентаций. Она выделила следующие наиболее важные фазы (подфазы мы здесь не приводим): а) *фаза первичного аутизма* (первые шесть недель) — различаются только приятные и неприятные ощущения; б) *симбиотическая связанность* (первые полгода) — нерасчлененность объектных репрезентаций себя и матери; в) *психологическая отделенность* (*сепарация*) — постепенное формирование целостных интегрированных образов себя и других. «Переход ребенка из симбиотического мироощущения (раннее младенчество) через борьбу "я-против-вас" (около двух лет), через более сложные идентификации (три года и старше) стал в этой теории преобладающим по сравнению с оральной, анальной и эдипальной озабоченностью данных этапов. Эдипова фаза рассматривается как веха в *когнитивном развитии*, а не только в психосексуальном, и на этой фазе происходит существенный скачок, победа над младенческим эгоцентризмом — понимание того обстоятельства, что *взаимоотношения двух людей* (в классической парадигме — родителей) могут не иметь ничего общего с самим ребенком (с его собственным "Я")» (Мак-Вильямс Н. — 1998. — С. 52).

Возможность перехода ребенка с одной стадии на другую зависит от качества его отношений с близкими взрослыми. В теории объектных отношений фактически речь идет об этапах когнитивной переработки и структурирования опыта, тесно связанных с развитием отношений с миром людей и миром вещей. Эту концепцию также можно рассматривать как переход от линейного детерминизма (причина — следствие) к системной структурной модели психики. Большое влияние на возникновение этих моделей оказали идеи системного подхода, реализованные в концепции генетической эпистемологии Ж. Пиаже, предложившего периодизацию развития интеллекта как процесса созревания когнитивных структур.

---

[1] Базовое для теории объектных отношений понятие «объект» следует трактовать в рамках теории познания человеком окружающего мира, который состоит из людей и вещей, объединяемых этим понятием. В ходе познания объектов внешнего мира происходит формирование их объектных репрезентаций — внутрипсихических образов.

Таким образом, моделирующее представление о развитии как смене либидонозных потребностей и стадий психосексуального созревания в классическом анализе дополняется в постклассическом психоанализе представлением о развитии как смене доминирующих психологических потребностей (связанных с инстанцией «Я» и межличностными отношениями) и усложнении когнитивных структур, лежащих в основе организации опыта. В плане практической работы это означало, что диагностика неудовлетворенных потребностей и вскрытие конфликтов между ними дополняется задачей диагностики и развития когнитивных структур, организующих восприятие окружающего мира — объектных репрезентаций, персонификаций, образов «Я».

Появление этой новой задачи существенно трансформировало работу динамически ориентированных психотерапевтов. «В результате постфрейдовского развития теории стадий развития они получили возможность по-новому взглянуть на то, каким образом их пациенты "застряли". Теперь они могли предложить своим самокритичным клиентам гипотезы и интерпретации, идущие дальше размышлений о том, что те были слишком рано или слишком поздно отняты от груди, слишком грубо или слишком небрежно приучены к горшку, соблазнены или отвергнуты во время эдиповой фазы. Теперь можно было сказать пациентам, что их затруднения отражают семейные процессы, которые осложнили им доступ к чувству безопасности, автономии или удовлетворенности своей идентификацией (Эриксон), или что судьба уготовила им детство, лишенное чрезвычайно важного предподросткового "закадычного" друга (Салливен), или что госпитализация их матери, когда им исполнилось два года, разрушила процесс воссоединения, присущий этому возрасту и необходимый для оптимальной сепарации (Малер)» (там же. — С. 43).

* * *

Подводя итоги анализу развития моделирующих представлений о структуре и динамике психики в рамках психодинамической традиции, можно зафиксировать как минимум два революционных поворота:

1) в представлениях о *структуре психики* — от модели конфликтующих инстанций к модели когнитивных структур (репрезентаций себя и окружающего мира);

2) в представлениях о *динамике развития психики* — от защитного искажения реальности к компенсаторным стратегиям поведения (микродинамика); от этапов, соответствующих стадиям психосексуального созревания, к этапам, связанным с решением новых психологических задач, и, наконец, к этапам, соответствующим новым способам отношений с другим человеком и качественному преобразованию когнитивных структур (макродинамика).

3.4. Моделирующие представления о здоровой личности и механизмах психической патологии

Представления о здоровой личности. Начнем с классической модели психического здоровья. В классическом психоанализе человек — арена борьбы двух начал: иррационального чувственного бессознательного и рационального социального сознательного. В этой борьбе последнее фактически обречено на поражение. Широкую известность приобрел образ всадника («Я»), лишь иллюзорно управляющего лошадью («Оно»). На самом деле, согласно модели З. Фрейда, дикая лошадь влечений несет этого всадника независимо от его желаний. Только с помощью напряженной работы в процессе аналитического лечения человек может научиться лучше понимать и контролировать свое бессознательное. В классическом психоанализе стирается грань между психическим здоровьем и болезнью: каждый из нас — носитель потенциально опасных конфликтов. З. Фрейду принадлежит одно из самых емких и красивых определений психического здоровья *как способности к любви и работе.* За этим определением стоит его энергетическая модель психики, а именно, моделирующее представление о здоровом развитии как эффективном перераспределении энергии либидо (сублимации) на конструктивные жизненные цели — на близость с другими людьми и творчество. Тогда воспитание — это искусство «проведения» человека по естественным стадиям его биологического созревания с минимальными «энергетическими потерями». Воспитатель при этом подобен сталкеру из знаменитого фильма А.Тарковского — проводнику в наполненной непредвиденными опасностями «зоне».

Классическая модель была существенно модифицирована представителями неофрейдизма и постклассического психоанализа. В своих моделях психически здоровой личности А. Адлер и К. Юнг впервые акцентируют самостоятельную роль творческого поиска и реализации своих способностей, а также кооперативных связей, общности и близости с другими людьми. Для А. Адлера *психология здоровья — это прежде всего психология сотрудничества.* Для характеристики здоровой личности А. Адлер вводит понятие *социального интереса* — заинтересованности человека в общественной жизни и ее усовершенствовании. Оба они отводят центральную роль осознанию своих бессознательных образований (жизненных целей у А. Адлера и аффективных комплексов и архетипов у К. Юнга) в преодолении невротических комплексов, становлении целостной интегрированной, а значит, психически здоровой личности. Главными жизненными целями любого человека А. Адлер считает дружбу, любовь и работу, именно в них

находит воплощение здоровая потребность в близости и кооперации, а также социальный интерес.

По мере развития постклассического психоанализа все большее значение придается межличностным отношениям, характеру взаимоотношений с близкими взрослыми в раннем детстве для последующего развития.

При этом человек все больше предстает как социальное существо с базовыми потребностями в самореализации, общности с другими людьми, любви и заботе, а не только как носитель инстинктов. Соответственно, согласно положениям постклассического психоанализа его поведение и чувства в большей степени определяются сформировавшимися в раннем детстве и заложенными в бессознательном образами себя и близких (объектными репрезентациями), чем либидонозными инстинктами. Уровень психического здоровья определяется силой «Я» — способностью этой инстанции к адекватному (без грубых искажений) отражению реальности и разрешению конфликтов. Указанная способность, в свою очередь, связывается *со степенью интегрированности, дифференцированности и константности представлений о себе и о других людях.* Наконец, Х. Кохут ставит в центр индивидуальной «вселенной» человека его самость: *здоровый человек — это человек со сформировавшимся базовым чувством собственной ценности.*

Неофрейдисты — А. Адлер, К. Юнг и представители социального психоанализа в разной степени акцентируют *важность и силу сознания и произвольной регуляции поведения, а также способность человека к проектированию своей жизни* в противовес представлению З. Фрейда о его рабской зависимости от первичных влечений или инстинктов.

Овладение своим бессознательным путем осознания его содержания является важнейшим механизмом нормального, здорового развития, что признается практически всеми представителями данной традиции. Это же и основной механизм преодоления психической патологии. Поскольку, по З. Фрейду, все люди — носители потенциально опасных бессознательных конфликтов, и осознание их возможно только в результате специальной процедуры психоанализа, то можно сказать, что становление психически здоровой личности в подавляющем большинстве случаев возможно лишь при прохождении человеком курса психоанализа.

Подведем итог развитию моделирующих представлений о психически здоровой личности, выработанных в психодинамической традиции. *Психически здоровая личность* в рамках психоаналитической традиции определяется рядом структурно-динамических характеристик: зрелое «Я» со зрелыми защитами, способное к выбору и решению внутренних и внешних конфликтов без сильного регресса и искажения реальности; дифференцированные и

интегрированные образы себя и мира; высокий уровень самоуважения и самореализации; баланс автономии и общности с другими людьми. Достижение такого уровня, как правило, становится возможным в результате специальной лечебной процедуры.

Представления о механизмах психической патологии. Еще раз напомним, что одним из важнейших факторов в развитии взглядов на механизмы патологии в рамках психоанализа является смена объекта изучения, т.е. изучение других форм патологии, а также ее вновь возникающих специфических форм, связанных с развитием и динамикой культуры. Это в свою очередь вело к обогащению моделирующих представлений о нормальном психическом развитии.

Классическая модель З. Фрейда развивалась в несколько этапов. Важнейшим системообразующим моментом в его учении о патологии было моделирующее представление о психической энергии как движущей силе развития и связанных с ней аффектах, стремящихся к разрядке. Если по каким-то причинам происходит накопление аффектов, а их разрядка заблокирована, возникают симптомы. Однако представление о механизмах такой блокады претерпело существенные изменения. Можно выделить два наиболее важных этапа в развитии взглядов З. Фрейда на патологию.

1. *Модель травмы.* Эта модель возникла на ранних этапах работы с истерическими расстройствами. В то время З. Фрейд пришел к выводу, что в основе истерических конверсионных симптомов лежат *ранние травматические переживания сексуального характера* (соблазнение, инцестуозные отношения, мастурбация, изнасилование). Эти переживания вытесняются в бессознательное и, оставаясь не переработанными, способствуют накоплению психического напряжения, которое может впоследствии вылиться в истерические симптомы. При дальнейшей работе над моделью травмы были выделены такие факторы развития патологии, как конституциональная предрасположенность, наличие предшествующей травматизации, актуальная жизненная ситуация. Воспоминание о пережитой травме и отреагирование вытесненного аффекта в виде слез, двигательной «бури», криков З. Фрейд считал лечебным катарсическим методом, при котором происходит освобождение заблокированной психической энергии в виде сильного аффекта. Это моделирующее представление о психике как о паровом котле: пока клапаны котла работают исправно, пар распределяется и все механизмы машины работают исправно, но вот клапан заело, избыток пара оказывает давление и может привести к поломке машины, если не дать ему выхода.

2. *Модель конфликта.* Согласно данной модели главным источником патологии являются не реальные травмы, а *бессознательные конфликты*, проявляющиеся в усилении напряжения и

тревоги. Защитные механизмы направлены на снижение тревоги. Однако нередко это не удается, и возникают симптомы различных психических нарушений, выражающих данный конфликт. Классическим примером бессознательного конфликта является конфликт между сексуальным желанием и сильным запретом на его наличие. Как видим, здесь речь идет не о реальных травмах, а о желаниях и фантазиях. Например, влечение к мужу сестры приводит к истерической слепоте, не позволяющей воспринимать объект желания (пример конверсионного невроза, когда конфликт получает символическое выражение в виде соматического симптома). Или, например, существует не инцест, а фантазия на эту тему, но пациентка склонна воспринимать ее как реальную ситуацию, имевшую место в прошлом. Это то, с чем столкнулся З. Фрейд при более глубоком изучении пациентов с истерическими расстройствами.

З. Фрейд занимался истерическими конверсионными неврозами, а также неврозами страха и навязчивых состояний, поэтому его модель патологии направлена в первую очередь на объяснение именно этих расстройств и получила название *учения о неврозах*. Обе модели (травмы и конфликта) оказали большое влияние на развитие представлений о патологии в психоаналитической традиции и привели к выделению неврозов с различной этиологией — *травматического невроза* (обусловленного психотравмой) и *психоневроза* (связанного с бессознательным конфликтом).

Итак, согласно модели конфликтов, симптомы возникают, когда защитные механизмы по каким-то причинам не срабатывают, и тревога, связанная с непереработанными переживаниями, прорывается из бессознательного. Недостаточность этой модели, в свою очередь, привела к представлению об инстанциях, имеющих разные функции. Так инстанция «Я» призвана решать конфликты с помощью «системы защитных механизмов». Теория конфликтов была также дополнена теорией стадий развития, и *патология стала рассматриваться как результат фиксации на определенной стадии развития, что, в свою очередь, означало вытеснение конфликтов, свойственных этой стадии, в бессознательное в непереработанном виде.* При этом происходит захват энергии в связи с необходимостью консервации конфликта, что уменьшает энергию, идущую на конструктивное развитие. Однако и эти модели все же оказались недостаточными для описания разных форм психической патологии.

Вместо модели бессознательного конфликта между либидонозными инстинктами и культурными запретами А. Адлер предложил новую модель движущих сил, определяющих развитие. Он выдвинул в центр представление о конфликте между чувством неполноценности и потребностью во власти и самоутверждении.

Моделирующее представление о патологии как неудачном решении этого конфликта было обозначено термином «гиперкомпенсация». *При гиперкомпенсации стратегия преодоления чувства неполноценности отличается ригидностью и экстремальной выраженностью.* Ложная цель личного превосходства начинает определять всю человеческую жизнь.

Основными факторами невротической гиперкомпенсации А. Адлер считал наличие у ребенка физического недостатка и неудачное воспитание, способствующее фиксации и углублению чувства неполноценности, выбору неадекватных стратегий его компенсации (уход в болезнь, полная концентрация на теме личных достижений и т. д.). К неудачным стратегиям воспитания относится как чрезмерное доминирование родителей и унижение ребенка, так и излишнее потакание и гиперпротекция. В результате в обоих случаях возникает представление о себе как слабом и не способном к самостоятельному решению жизненных задач. Гиперкомпенсация может также приводить к ощущению своего превосходства над людьми, тогда поддержание этого чувства становится главной жизненной задачей, не давая развиваться чувству общности и социальному интересу.

В формировании неврозов А. Адлер придавал огромное значение недоверию к окружающим. Согласно его концепции, вместо чувства общности с другими у людей, страдающих неврозами, доминирует чувство опасности окружающих, их жизнь он уподоблял существованию в осажденном лагере. В качестве главных мишеней психотерапии А. Адлер назвал три: 1) работа с неадекватными представлениями о себе и о других; 2) осознание ложных жизненных целей и отказ от них при анализе негативных последствий; 3) формирование новых жизненных целей, позволяющих реализовать творческий потенциал, заложенный в каждом человеке, и обрести любовь, дружбу и работу. Фактически речь идет о работе с системой убеждений человека, поэтому А. Адлера можно считать одним из предтечей когнитивно ориентированной терапии, о которой речь пойдет в следующей главе.

К. Юнг предложил модель психической патологии как последствие *блокады процесса индивидуации*, предполагающего максимально полную реализацию своих сил и способностей. Ведущий конфликт процесса индивидуации — конфликт между уникальностью каждого человека, его самостью и персоной или маской. В случае блокады процесса индивидуации человеку не удается овладеть своим бессознательным и взять его под контроль и тогда архаические образы и конфликты бессознательного могут овладеть психикой человека. Одним из главных источников блокады процесса индивидуации считается потребность соответствия социальным нормам и ожиданиям, для обозначения которой он вводит понятие «персона».

Согласно К. Юнгу, «идентификация с социальной ролью — щедрый источник неврозов вообще. Человек не может безнаказанно отделяться от самого себя в пользу искусственной личности. Уже только попытка этого обыкновенно вызывает бессознательные реакции, настроения, аффекты, фобии, навязчивые представления, слабости, пороки и т. д. Социально "сильный мужчина" в "частной жизни" — чаще всего дитя по отношению к состоянию собственных чувств... бессознательное подавляет "Я" с той самой силой, с какой последнее притягивается персоной. Непротивление воздействию снаружи, т. е. по отношению к искусу персоны, означает аналогичную слабость внутри — по отношению к влияниям бессознательного; настроение и расположение духа, боязливость, даже феминизированная сексуальность (кульминирующая в импотенции) постепенно берут верх» (Юнг К. — 2000. — С. 545).

Представители социального психоанализа (Э. Фромм, К. Хорни) в моделирующем представлении о механизмах патологии важнейшую роль отводят *патогенным ценностям и установкам общества*, которые вступают в конфликт друг с другом, а также со здоровыми ценностями и потребностями.

К. Хорни была среди первых психоаналитиков и психотерапевтов вообще, переключивших свое внимание с ранних детских переживаний, как основных источников психических нарушений, на более широкий культурный контекст, в котором эти переживания возникают и развиваются. Одним из важнейших ее достижений и шагом вперед по сравнению с классическим анализом была критика биологических основ теории неврозов З. Фрейда, основанной на представлениях о врожденных стремлениях и видах сексуальной энергии, которые, подвергаясь вытеснению в процессе развития, становятся источником невротических симптомов. «Делая такие утверждения, З. Фрейд поддается искушению своего времени: делать обобщения относительно человеческой природы для всего человечества, хотя его обобщения вытекают из наблюдения, сделанного в сфере лишь одной культуры» (Хорни К. — 1993. — С. 14). При этом роль культуры рассматривалась З. Фрейдом исключительно как репрессивная, но никак не определяющая содержание невроза, его центральный конфликт.



Карен Хорни
(1885—1952)

Социокультурная теория неврозов К. Хорни позволяет пролить свет на связь неврозов с изменением куль-

турных тенденций, на вклад патогенных ценностей и установок культуры в формирование «невротической личности нашего времени»: «Когда мы сосредоточиваем внимание на сложившихся к данному моменту проблемах невротика, мы сознаем при этом, что неврозы порождаются не только отдельными переживаниями человека, но также теми специфическими культурными условиями, в которых мы живем... Когда мы осознаем громадную важность влияния культурных условий на неврозы, то биологические и физиологические, которые рассматриваются Фрейдом как лежащие в их основе, отходят на задний план» (там же. — С. 8).

К. Хорни отмечала, что не существует некой «нормальной психологии», справедливой для всего человечества. Она детально разработала культуральную модель неврозов и предложила классификацию невротических потребностей и конфликтов, формирующихся в результате определенных культурных и семейных влияний. По ее мнению, современная западная культура, ориентированная, с одной стороны, на личные достижения, а с другой — на христианские ценности любви к ближнему, задает особый конфликт невротической личности нашего времени. Запрет на агрессию в общении и ее необходимость в конкурентной борьбе ведут к росту тревоги и скрытой враждебности у современного человека (Хорни К. — 1997. — Т. 1). Отягощенную форму конфликта К. Хорни связывает с ранними переживаниями отвержения, неприятия, гиперпротекции и других вариантов неудачных отношений с родителями.

Невротическое развитие характеризуется ***формированием различных ригидных защитных стратегий***, которые позволяют снизить базовую тревогу: 1) «к людям» — закрепление зависимых, симбиотических отношений с людьми и делегирование другим ответственности за свою жизнь; 2) «от людей» — дистанцирование и изоляция от других с целью избежать травматизации, неспособность к интимности и близости; 3) «против людей» — преобладание агрессии и отвержения в общении с людьми, потребность в доминировании, неспособность к кооперации и партнерству. Все три тенденции могут встречаться и у здоровых людей. Однако для невротической личности характерна экстремальная выраженность одной из них, неспособность к произвольному контролю и изменению описанного поведения.

Ведущую роль общества и культуры в формировании неврозов особенно акцентировал Э. Фромм. Согласно ему, современное общество потребления ориентирует человека на ценности обладания и приобретения материальных благ, лишая его тем самым главного условия нормального развития — умения быть самим собой, радоваться бытию, любить не ради обладания, а ради другого. В своей знаменитой книге «Быть или иметь» Э. Фромм (1990)

описывает динамику конфликта современной невротической личности как динамику выбора между искренними чувствами и отношениями и потребностью во власти и обладании. Эти идеи во многом близки идеям А. Адлера о «ложной цели личностного превосходства» и идеям К. Юнга о блокаде процесса индивидуации требованиями персоны.

Представители социального психоанализа при рассмотрении механизмов патологии подчеркивали значение неадекватного взаимодействия с объектом привязанности в раннем детстве (отсутствие эмоциональной поддержки, понимания и заботы), которое не позволяет сформироваться базовому доверию к миру и преодолеть базовую тревогу (Г. Салливен, К. Хорни).

В модели Г. Салливена главная роль в развитии патологии отводилась ***аффекту тревоги и фрустрации потребностей, соответствующих разным стадиям развития***. К этой модели он пришел в результате длительной работы с невротическими и психотическими пациентами. Чрезмерная материнская тревога в период младенчества, противоречивые (непоследовательные) наказания или недостаток нежности в период детства; неудачи при поиске друга в ювенальный период; проблемы в ранней юности с гетеросексуальными отношениями, а также прочие межличностные проблемы и патогенные отношения могут приводить к психической патологии. Атмосфера эмоционального холода и напряжения в семье ведет к постоянному состоянию страха у ребенка. Это делает невозможными позитивную самооценку и чувство общего благополучия, блокирует развитие. Возникают ригидные персонификации, нечувствительная к новому опыту, искаженная «Я-система» с доминированием персонификации «Я-плохой», что неизбежно создает трудности в межличностных отношениях.

Согласно Г. Салливену, при таких неблагоприятных условиях доминирует «избирательное невнимание» к тому опыту, который противоречит сложившейся «Я-системе». В отношениях с другими людьми фактически воспроизводятся ригидные сценарии, соответствующие усвоенным в детстве негативным персонификациям. Если к этим проблемам добавляются проблемы других стадий развития — отсутствие близкого друга в период подростничества, неудачная влюбленность и отвержение в период юности, то формируется уязвимая, несамостоятельная, сверхчувствительная к жизненным трудностям личность. В итоге это может приводить к патологической симптоматике как способу защиты от невыносимой реальности и тревоги. Г. Салливен писал о необходимости семейного врача, так как, согласно его модели, именно механизмы индукции и стимулирования тревоги в межличностных отношениях лежат в основе патологии. Индивидуальная работа без создания экологии — здоровой психологической среды, по его мнению, малоэффективна.

В психологии «Я» в моделирующем представлении о психической патологии делается акцент на недоразвитии инстанции «Я», а точнее двух основных ее функций — *способности воспринимать реальность и разрешать конфликты*. Слабость «Я» связывается с ранними этапами развития, когда неудовлетворительные отношения с ближайшим социальным окружением затруднили формирование автономного и независимого «Я». Такое «Я» обладает способностью выдерживать негативные аффекты и реальность, сколь бы трудной она ни была, а также способностью выбирать — отказываться от одного из желаний в случае их принципиальной несовместимости. В моделирующем представлении о зрелом «Я» центральное место отводится зрелости когнитивных механизмов, ответственных за отражение окружающей реальности, в первую очередь зрелости психологических защит.

Основным объектом изучения в теории объектных отношений были так называемые личностные расстройства и психозы, для понимания и лечения которых фрейдовская модель патологии оказалась малопригодной. Моделирующее представление о ведущей роли качества отношений с ключевыми фигурами детства было развернуто в теории объектных отношений через описание основного механизма патологии — *инфантильного, неразвитого характера объектных репрезентаций*. Как уже говорилось, в основе такого типа объектных репрезентаций лежат соответствующие нездоровые отношения с объектом привязанности — в виде гиперопеки или, наоборот, пренебрежения потребностями ребенка, что не позволяет ему благополучно пройти фазу сепарации и сформировать целостное, интегрированное и дифференцированное представление о себе самом и о других людях.

Представленные в психическом пространстве объекты внешнего мира отличаются поляризованностью, низкой интегрированностью и неконстантностью оценок. Например, один и тот же человек попеременно может вызывать то восхищение, то ненависть, то идеализироваться, то обесцениваться, при этом не возникает сложного интегрированного образа, сочетающего в себе негативные и позитивные моменты. Также поляризован может быть и собственный образ и требования к себе: или я справляюсь со всеми трудностями — или я слаб и неполноценен. Этот защитный механизм получил название «расщепление». Он формируется на ранних стадиях развития и закрепляется при неудачном прохождении стадии сепарации.

Нерешенные проблемы сепарации ведут к зависимости от других людей при стойкой неспособности к конструктивному партнерскому взаимодействию с ними. Окружающие не рассматриваются как самостоятельные и независимые личности с собственными желаниями, а воспринимаются прежде всего как источ-

ник удовлетворения потребностей ... логией. Неспособность к кооперативным отношениям с другими людьми М. Балинт назвал «базисным дефектом», который выражается в следующих установках больного. «Меня должны любить и заботиться обо мне все, кто имеет для меня большое значение. Никто не может требовать от меня за это усилий или какой-то платы. У людей, которые так важны для меня, либо вовсе не должно быть интересов, желаний и потребностей, которые отличались бы от моих собственных, либо они должны иметь второстепенное значение. При этом у моих близких не может возникнуть чувства негодования или напряжения, потому что, подлаживаясь к моим желаниям, они должны получать удовольствие и радость. Имеют значение только мои желания, интересы и потребности. Если все происходит именно так, то я чувствую себя хорошо, мне приятно. Я счастлив, но и только. В противном же случае меня ожидает кошмар, но тогда содрогнется и весь мир» (Балинт М. — 2002. — С. 98). В этом описании прекрасно выражена суть центрального моделирующего представления о психической патологии в рамках теории объектных отношений — недифференцированность, неконстантность и расщепленность объектных репрезентаций, при которой другой человек воспринимается лишь как продолжение себя и источник удовлетворения потребностей.

Рост нарциссических проблем, выражающихся в дефектах самоидентичности в современной культуре, связан с целым рядом особенностей постиндустриального общества. В модели патологии Х. Кохута подчеркивалось значение травматизации на ранних стадиях развития, в результате чего блокируется развитие самости, которую он назвал «центром психологической вселенной индивида». Травматизация является результатом низкой эмпатической способности близкого взрослого, ведущей к блокаде формирования самости — фундаментального чувства себя и своей целостности. Блокада в развитии самости ведет к формированию незрелых объектных репрезентаций, т. е. интернализованных ориентиров, направляющих дальнейшее развитие. Эти репрезентации остаются *инфантильными грандиозными идеализациями*, которые не позволяют установить адекватные отношения с реальностью и ставить адекватные жизненные цели и задачи. Результатом является внутренняя пустота, глубинное чувство неполноценности и изоляции, специфическая тоска и тревога, присущие пациентам с нарциссическими проблемами. Из дефекта самости Х. Кохут выводит слабость «Я» и дефекты его защит.

Представим обобщенную характеристику модели патологии в современной психодинамической традиции. Как было показано в гл. 2, модель патологии З. Фрейда на ранних этапах ее развития являлась в каком-то смысле такой же механистичной, как и биологические модели психической патологии. Бессознательные

конфликты (по аналогии с органическими нарушениями) ставились в прямую причинно-следственную связь с симптомами. Последующее развитие психодинамической традиции способствовало преодолению этой механистической прямолинейности: в разных моделях происходит акцентирование различных внешних и внутренних условий, на фоне которых развивается патология и которые во многом определяют возникновение и характер симптомов. Социальные отношения и формирующиеся в процессе социальных взаимодействий когнитивные образования (репрезентации реальности) выступают в качестве важных механизмов и условий возникновения патологии.

Таким образом, моделирующие представления о патологии в психодинамической традиции приобретают черты системности, отмечается также отход от классического представления о неизменной природе неврозов, выделяется роль культуры в их содержании и происхождении.

* * *

Важнейшим итогом развития учения о психической патологии в рамках психоаналитической традиции, начиная с З. Фрейда и кончая теорией объектных отношений, является система представлений о трех уровнях организации личности, которым соответствуют три уровня глубины психической патологии: 1) невротический; 2) пограничный; 3) психотический.

Эти уровни различаются структурно-динамическими особенностями организации психики: степенью интегрированности «Я», зрелости объектных репрезентаций и защитных механизмов, успешностью решения задач, соответствующих разным стадиям психического развития. Моделирующие представления классического психоанализа разрабатывались прежде всего применительно к первому, невротическому уровню нарушений. Моделирующие представления теории объектных отношений разрабатывались преимущественно в процессе оказания помощи пациентам, относящимся к пограничному и психотическому уровням патологии.

3.5. Основные теоретико-методологические принципы

Итак, развитие моделирующих представлений происходило по мере накопления знаний о различных аспектах и формах психической патологии. При этом непрерывно происходило оформление интуитивных и образных моделей в более четкие теоретико-методологические принципы. Ниже представлены главные из них, составляющие ядро психодинамической концепции психической нормы и патологии. Все эти принципы были заложены

З. Фрейдом, а затем так или иначе модифицированы его последователями.

Энергетической принцип регуляции психики (*понятие*: *либидо*). Согласно этому принципу психическое тесно связано с биологической энергией чувственных потребностей, но не является эпифеноменом биологического, а представляет собой самостоятельную энергетически заряженную силу, способную воздействовать на организм и быть причиной болезней. Биологические чувственные потребности или влечения (*Triebe*) представлены в психике в виде аффектов (*Affekte*). Удовлетворение чувственных потребностей ведет к энергетической разрядке и падению аффективного напряжения. Блокирование возможных (прямых и непрямых) путей удовлетворения этих потребностей ведет к росту психического напряжения, что проявляется в первую очередь в виде аффекта тревоги. Таким образом, регуляция психической жизни направлена на снижение напряжения и достижение энергетической разрядки.

Будучи медиком и ученым, ориентированным на естественные науки, З. Фрейд пытался рассматривать психическую энергию в количественном аспекте, моделирующее представление было заимствовано им из механики и физики. По аналогии с законом сохранения энергии определенный объем психической энергии распределяется на решение разных задач. Если энергия расходуется на решение одной задачи, то ее остается меньше на решение других. Энергия распределяется между различными объектами и инстанциями, между различными потребностями и представлениями.

Иначе говоря, в соответствии с энергетическим принципом объекты «загружаются» энергией и «разгружаются», когда энергия переключается на другие цели. Если энергия затрачивается непродуктивно, то ее не хватает на решение текущих конструктивных жизненных задач, что ведет к возникновению симптомов и нарушениям в развитии. Энергия может блокироваться вследствие различных внутренних конфликтов, причем исход конфликта определяется распределением сил или все той же энергии. Принцип был принят многими его последователями, а в работах создателя телесно ориентированной аналитической психотерапии В. Райха стал основополагающим. Автор одной из современных концепций постклассического психоанализа Х. Кохут говорит о принципиальной важности энергетической «загрузки» либидонозной энергией инстанции самость, ответственной за глобальное чувство своей целостности и ценности. Таким образом, энергетический принцип и связанные с ним моделирующие представления продолжают оказывать существенное влияние на концепции нормы и патологии в современном психоанализе.

Динамический принцип, или принцип изначальной конфликтности сил, определяющих функционирование и развитие

психики (*понятие*: *конфликт*). В качестве центрального конфликта в классическом психоанализе выступает конфликт биологического и социального. Различные психические феномены рассматриваются как результат взаимодействия этих конфликтующих сил. Основные реформы классического психоанализа возникали в результате критики противопоставления биологического и социального, а также постулирования *афилятивных потребностей* (потребностей в любви, привязанности, безопасности) в качестве важнейших базовых потребностей человека. При таком рассмотрении человека как природно-социального существа противоречие между биологическим и социальным если не снималось полностью, то значительно смягчалось. В качестве определяющих развитие и отклонение от него начинают рассматриваться социальные по своей природе конфликты. Психодинамический принцип является объединяющим для всей рассматриваемой традиции, именно с ним связано обобщающее для нее название — психодинамическая. Меняется, однако, представление о конфликтующих динамических образованиях, происходит постепенный отказ от противопоставления биологического и социального в человеке.

Принцип психологического детерминизма (*понятие*: *бессознательное*). Согласно этому принципу все психические явления, в том числе психопатологические симптомы, имеют психологические причины в виде каких-то других конкретных психических событий, предшествовавших им по времени (например, оговорки или другие ошибочные действия связаны с внутренним психологическим конфликтом).

Такое механистическое и линейное понимание причинно-следственных отношений было во многом преодолено в психологии «Я» и в теории объектных отношений, где внимание при анализе факторов, определяющих поведение и переживание, уделяется не только событиям и конфликтам, но и особенностям внутренних когнитивных структур. Переход к новому пониманию детерминизма в психодинамической традиции произошел под влиянием системных идей концепции Ж. Пиаже.

Принцип психологического детерминизма конкретизируется в принципе бессознательной детерминации, согласно которому поведение человека в значительной степени детерминировано бессознательными образованиями, будь то инстинкты, социальные потребности или когнитивные структуры (образы себя и других могут быть лишь частично осознаваемыми). Овладение своим бессознателъным в результате осознания его содержания является важнейшим принципом лечения психической патологии в психодинамической традиции.

Понятие бессознательного является базовой категорией психоанализа и всей психодинамической традиции. Данный принцип принимался фактически всеми последователями этой традиции,

различия касались в основном степени акцентирования роли бессознательного и содержания бессознательных образований.

Принцип исторического детерминизма, или психогенетический принцип (*понятия*: *ранний опыт*, *объектные отношения*). Это еще один принцип, объединяющий последователей З. Фрейда, согласно которому поведение и переживания человека в значительной степени детерминированы его ранним детским опытом. Этот принцип является в определенном смысле системообразующим и важнейшим для всей психодинамической традиции. Различия касаются степени категоричности оценки роли раннего опыта. Так, А. Адлер и К. Юнг считали, что человек непрерывно развивается и решает новые жизненные задачи, соответствующие каждому периоду жизни. Представители социального психоанализа также рассматривали влияние детского опыта как важное, но не фатальное. Согласно Г. Салливену и К. Хорни, многие проблемы в отношениях с матерью могут быть скомпенсированы другими фигурами в жизни ребенка — любящей бабушкой, теткой, близким другом, учителем и т.д. Мнения представителей постклассического анализа по этому вопросу в известной степени раскололись. Исследователи, развивавшие теорию объектных отношений, сохраняли верность З. Фрейду, утверждая определяющую роль раннего детства в развитии и психической патологии. Некоторые представители психологии «Я», например, Э. Эриксон, подчеркивали, что развитие и изменения происходят на протяжении всей жизни человека. Согласно представителям постклассического анализа, определяющая роль в психическом здоровье личности отводится характеру объектных отношений с фигурами раннего детства. Сведение любых форм психопатологии к ранним детским конфликтам и переживаниям является одной из центральных мишеней критики со стороны представителей других направлений.

* * *

Таким образом, названные четыре принципа и связанные с ними базовые понятия задают целостность психодинамической традиции. В рамках неофрейдизма и постклассического психоанализа эти принципы получили дальнейшее развитие.

3.6. Исследовательские правила и процедуры

Напомним, что исследовательские правила и процедуры — это способы получения новых знаний об объекте изучения. В психоанализе в качестве основного способа получения новых знаний о работе психического аппарата традиционно рассматривался сам

процесс психоаналитического лечения, который одновременно представляет собой и основной исследовательский метод.

Исследовательские правила и процедуры в психодинамической традиции обслуживают главную цель — получение доступа к бессознательному, в котором согласно рассмотренным выше моделирующим представлениям заложены основные детерминанты развития и механизмы патологии. Психоаналитический метод — это система зондов в бессознательное. Но, как было показано выше, моделирующие представления о подлежащем зондированию содержании бессознательного различаются в классическом психоанализе, неофрейдизме и постклассическом психоанализе. Соответственно, меняются правила и процедуры зондирования.

Бессознательные содержания зашифрованы в виде различных символических проявлений, в том числе в психопатологических симптомах. Для облегчения доступа к содержанию бессознательного и его расшифровки в классическом психоанализе был разработан целый ряд приемов и процедур:

1) продуцирование клиентом свободных ассоциаций в специальных условиях, облегчающих их течение (пациент на кушетке, психоаналитик вне поля его зрения);

2) подробная фиксация сновидений;

3) фиксация разного рода ошибочных действий — забываний, опозданий, оговорок и т.д.;

4) особый стиль поведения психотерапевта (будет описан в этом параграфе в виде системы правил), облегчающий два основных процесса, обеспечивающих доступ к бессознательному пациента — перенос (проекцию на терапевта и проявление различного рода бессознательных желаний, чувств, представлений, конфликтов) и регрессию (возвращение пациента к более инфантильным формам реагирования);

5) «перевод» языка бессознательного или первичных процессов мышления на язык сознания или вторичных процессов мышления, реконструкция жизненного опыта и бессознательных проблем пациентов на основе интерпретации продукции первичных и вторичных процессов мышления.

Метод анализа случаев был провозглашен З. Фрейдом как основной метод получения знаний о психической патологии. Многие открытия и выводы психоанализа сделаны на основе анализа конкретных случаев (например, получили широкую известность истории болезней «Анны О.», «Маленького Ганса» и др.).

Психоаналитический способ получения знаний об объекте представляет собой герменевтический метод, общий для наук об обществе, культуре, человеке (Bastine R. — 1998; Квале С. — 2003). *Герменевтика* — это искусство и теория истолкования различного рода текстов — литературных, религиозных, исторических, научных и др. (Дильтей В. — 1980). Понятие текста трактуется при этом предельно широко — как аналог различных продуктов деятельности человека, а в психологии — психической деятельности. *Соответственно, в психоаналитическом методе основной исследовательской процедурой является качественный анализ — интерпретация проявлений бессознательного пациентов.*

Важнейшие исследовательские правила психоаналитической герменевтики:

1) так называемое основное правило психоанализа — максимальное раскрепощение ассоциативных процессов в ходе сеанса, получение свободного доступа к ним через снятие защит и сопротивления;

2) непрерывность, регулярность и стабильность работы с бессознательным, для чего сеансы проводятся с определенной достаточно высокой частотой (до пяти раз в неделю) в строго определенные дни, часы и интервалы времени и направлены на постоянный поиск проявлений бессознательных влечений и конфликтов;

3) нейтральность психоаналитика — чтобы получить неискаженную картину содержания бессознательного пациента психоаналитик должен полностью отказаться от проявления своего личного отношения к тем или иным действиям и словам пациента, он должен уподобиться пустому экрану, на который проецируются самые разные содержания, тем самым максимально способствовать процессам переноса и регрессии, когда аффекты и стоящие за ними нерешенные конфликты переносятся на терапевта и проявляются в отношениях с ним;

4) воздержание от телесного контакта и любых других форм взаимодействия с клиентом вне терапевтических сеансов, также направленное на чистоту процесса переноса бессознательных содержаний;

5) особое пространственное расположение клиента и аналитика во время сеанса — клиент на кушетке, аналитик вне поля его зрения, что также способствовало двум основным процессам облегчения доступа к бессознательному — переносу и регрессии;

6) анонимность — терапевт не должен давать пациенту никакой информации о себе, что также принципиально важно для процессов переноса и регрессии;

7) конфиденциальность — помимо соблюдения необходимой врачебной этики строгое сохранение в тайне всей информации, получаемой от клиента, необходимо для выполнения основного правила психоанализа — свободного ассоциирования, которое возможно при уверенности клиента в том, что содержание его переживаний никому не станет известно.

За исключением чрезмерного акцентирования роли сексуальности ни одна из составляющих психоаналитического учения не вызывала такой острой критики, как его исследовательская методология, что, впрочем, ставило под удар всю концепцию. Это было связано с предельной субъективностью исследовательского метода и отсутствием каких-либо попыток его объективации и систематизации, обеспечения контролируемых условий наблюдения, их экспериментальной и статистической проверки. Многие критики отмечали, что показания больного нередко искажались под влиянием его психоаналитической идеологизации в процессе лечения. З. Фрейд и многие его последователи не вели дословных записей, а фиксировали лишь то, что казалось им важным, нередко только после завершения сеанса.

Между тем сам З. Фрейд считал, что его учение и метод неразрывно связаны и могут обсуждаться только теми, кто ими полностью владеет. Такая позиция З. Фрейда делала всю аналитическую традицию неуязвимой для критики, но в то же время вела к изоляции от других подходов и исследований. Это обстоятельство с неизбежностью оказывало влияние на дух психоаналитической традиции и определяло свойственные ей проблемы и слабости как научной школы.

Многие известные аналитики отходили от психоанализа, выдвигая серьезные претензии в адрес организационных и научных форм развития этой традиции (Cremerius J. — 1990; Dührssen A. — 1994). Необходимость прохождения очень длительного курса собственного анализа нередко способствовала развитию личностной зависимости у членов психоаналитического сообщества, изолированность граничила с высокомерием, сопротивление интегративным тенденциям было сильнее, чем в каком-либо другом направлении психотерапии. Так, в одном из исследований профессионального самосознания у представителей разных школ психотерапии было выявлено, что наиболее тяжело переживают конфликт между изменившимися личными представлениями и установками школы именно психоаналитики, которым особенно трудно идти по пути компромисса и интеграции (Васко А., Гарсиа-Маркес Л., Драйден У. — 1996).

Известная изоляция многих представителей этого подхода, замыкание внутри своей традиции привело к созданию очень специализированного языка. Тексты многих авторов нередко крайне трудно понимать представителям других подходов, что резко затрудняет диалог. Вот как пишет об этом британский психотерапевт Ст. Гребен, может быть, несколько преувеличивая возможности упрощения профессионального языка: «Мы не можем превзойти Шекспира, Диккенса и Толстого в отношении того, как надо понимать людей. В конце концов, нам надо вернуться к повседневному разговору, обычным формулировкам. Если нас не могут понять интеллигентные люди вне нашей профессии, это значит, что, по правде говоря, мы не можем понять друг друга, а из этого, в свою очередь, следует, что мы не можем понять сами себя» (Greben S. — 1987. — P. 285).

Как уже неоднократно отмечалось, в процессе развития рассматриваемой традиции изменялось представление о содержании бессознательного — главного предмета исследования в психоанализе. Об этом подробно писала А. Фрейд в одном из своих основных трудов «Психология Я и защитные механизмы». Она указала, что многие последователи З. Фрейда считали главной задачей аналитика исследование содержания «Оно» — вытесненных из сознания инстинктов и конфликтов, прокладывающих путь в сознание окольными путями. Отсюда и возникло упомянутое выше основное правило психоанализа — «добиться, чтобы пациенты выдавали свои ассоциации без изменения и торможения» (Фрейд А. — 1993. — С. 15). Однако, подчеркивает А. Фрейд, это основное правило никогда не может быть соблюдено полностью, что связано с сопротивлением, исходящим от «Я». Это сопротивление проявляется в виде включения системы защитных механизмов, препятствующих проникновению неприятных и опасных содержаний в сознание.

Именно защитные механизмы, или бессознательные процессы, связанные с инстанцией «Я», а не с «Оно», А. Фрейд, а вслед за ней и другие представители психологии «Я», выдвинули в центр аналитического исследования. Иначе, считала А. Фрейд, психоаналитический метод мало чем будет отличаться от гипнотического, с которого начинал З. Фрейд совместно с И. Брейером, вскрывая содержание бессознательного путем полного подавления сопротивления в измененном состоянии сознания. Такое проникновение в бессознательное если и способствовало исчезновению симптомов, то лишь на короткое время: простое вскрытие вытесненных содержаний при подавлении активности «Я» клиента не было эффективным. Поэтому в психологии «Я» основное правило классического психоанализа дополняется ***правилом бережного отношения к сопротивлению***: сопротивление и лежащие в его основе защитные механизмы являются ценнейшим источником информации о проблемах и способах их решения, они подлежат не устранению, а специальному анализу. «Лишь тогда, когда наблюдение направлено поочередно то на “Оно”, то на “Я”, а интерес раздвоен, охватывая обе стороны находящегося перед нами человека, мы можем говорить о психоанализе, отличающемся от одностороннего гипнотического метода» (Фрейд А. — 1993. — С. 17).

Важность инстанции «Я» и ее функционирования были осознаны психоаналитиками в 1930-х гг., в связи с дальнейшим развитием исследовательских процедур. Ограниченность метода реконструкции закономерностей детского развития на основе рассказов взрослых пациентов становилась все более очевидной. М. Клайн и А. Фрейд стали применять ***метод систематического наблюдения*** за развитием младенцев и детей. В 1937 г. А. Фрейд и

Д. Берлингем организовали экспериментальные дневные ясли для детей грудного возраста из беднейших семей Вены. Эти ясли вскоре были закрыты нацистами, однако психоаналитики продолжили свою работу в годы войны в приютах для детей, лишенных родительского попечения. Систематическое наблюдение за развитием детей, их игрой и фантазиями становится важнейшим источником эмпирического материала, закладываются основы детского психоанализа, психологии «Я», психологии объектных отношений. Описание стадий развития ребенка в рамках теории объектных отношений, предложенное М. Малер, во многом основано на систематическом наблюдении за развитием связи мать—дитя.

В теории объектных отношений содержание бессознательного, в первую очередь подлежащее анализу, меняется еще раз — это внутренние образы, репрезентации близких людей, и способы построения образов реальности. У ребенка, разлученного с матерью без адекватной замены ей или растущего в условиях плохой материнской заботы — пренебрежения его потребностями, — вряд ли возникнет позитивный константный образ близкого человека как основа надежных отношений с другими людьми. При тяжелых формах психической патологии объектные репрезентации могут быть слиты с образом «Я», быть крайне поляризованными, изменчивыми. Такие репрезентации, по мнению исследователей, отражают ненадежные и конфликтные отношения с объектами привязанности в раннем детстве. Они же ответственны за выраженные проблемы в межличностных отношениях.

Анализ влечений «Оно» и защитных механизмов «Я» оказывается недостаточным для понимания проблем таких пациентов, поэтому внимание представителей теории объектных отношений перемещается к когнитивным структурам, лежащим в основе объектных репрезентаций — их дифференцированности, интегрированности и константности. Возникает новая исследовательская процедура в виде ***специального диагностического интервью***, направленного на изучение объектных репрезентаций пациентов. К наиболее известным процедурам такого рода относится полуструктурированное интервью, разработанное одним из крупных современных представителей постклассического анализа О. Кернбергом (Кернберг О. — 2000). Вопросы этого интервью касаются, в частности, описаний пациентами себя и людей из своего ближайшего окружения, а также связанных с ними чувств в различных ситуациях. При работе с тяжелыми формами психической патологии не срабатывали правила нейтральности и анонимности. Слабость собственного «Я» пациента предполагала изменение позиции терапевта на более эмпатическую и поддерживающую. Соотнесение симптомов с определенной стадией психосексуального развития дополняется сопоставлением с определенной стадией развития когнитивных структур.

Наряду с процедурами наблюдения и структурированного диагностического интервью стали проводиться *эксперименты*, направленные на подтверждение гипотез о важности качества эмоционального контакта с матерью. Так, в одном из известных экспериментов (Tropick E. et al. — 1978) было показано, что отказ матери от контакта глазами, напряженная поза и отстраненное поведение вызывают моторные реакции младенца, которые эксперты оценивали как проявление сильного дискомфорта.

В последние десятилетия растет число экспериментальных исследований и систематических наблюдений, направленных на проверку тех или иных положений психоанализа. Влияние роли бессознательных идей и процессов на мышление и сознание было доказано в школе «New Look», исследовавшей когнитивные процессы (Соколова Е. Т. — 1976), идеи о разных уровнях когнитивной организации получили развитие и экспериментальную разработку в так называемом когнитивном анализе, в частности в теории полезависимого и поленезависимого поведения (Соколова Е. Т. — 1980).

В результате большого количества объективированных эмпирических исследований экспериментальное подтверждение получил психогенетический принцип, касающийся важной роли детского опыта для последующего развития. В возникшей на базе теории объектных отношений теории привязанности, родоначальником которой является Дж. Боулби, много усилий было посвящено эмпирическому изучению роли отношений с матерью для последующего развития и психического здоровья ребенка (Bowlby J. — 1980; Смирнова Е. О. — 1995; Искольдский Н. В. — 1985). Оказалось, что от качества отношений со значимыми фигурами детства зависят те отношения, которые человек способен строить во взрослом возрасте. Эмоционально удовлетворительные отношения в детстве определяют способность к близким отношениям у взрослых. Вместе с тем более поздние исследования показали, что не столь фатальными являются неудовлетворительные отношения с матерью в раннем детском возрасте, если они компенсировались удовлетворительными отношениями со сверстниками в дошкольном и раннем школьном возрасте (Brugha T. — 1995; Холмогорова А. Б., Петрова Г. А., Гаранян Н. Г. — 2003). Многочисленные исследования психотравмирующего детского опыта доказывают его важную роль в формировании различных расстройств (Heim C., Owens M. — 2001; Холмогорова А. Б., Воликова С. В., Полкунова Е. В. — 2005).

Не все идеи и положения психоанализа нашли подтверждение в результате систематических наблюдений и экспериментальных исследований. Приведем лишь некоторые примеры. Так, не подтвердилось, что формирование «Сверх Я» (системы моральных запретов) связано со стра-

хом перед отцом. Гораздо более важными для формирования моральных норм оказались эмоционально близкие и доверительные отношения с родителями (Бандура А. — 2000). Не подтвердились идеи З. Фрейда о более низком уровне развития «Сверх Я» у женщины, а также предположение, что из-за отсутствия пениса у них занижена самооценка своего тела по сравнению с мужчинами. Не нашло подтверждения и положение З. Фрейда, разделяемое многими последователями, что формирование личности в основном заканчивается к пятилетнему возрасту.

Среди исследовательских процедур широкое распространение получили *стандартизированные психометрические методики*, опирающиеся на психоаналитические концепции, например опросник защитных механизмов Р. Плутчека и др. Применение опросников предполагает использование правил количественного анализа и является специальной, зачастую весьма трудоемкой процедурой, не совпадающей с процессом лечения. Это принципиально другая процедура и другие исследовательские правила, чем в классическом психоанализе. Психометрические методики требуют *процедуры проверки на валидность и надежность* (см. 4.6).

Вместе с тем метод анализа случаев не только не утратил своей актуальности, но остается важнейшей исследовательской процедурой и источником нового знания. Он предваряет более объективные исследования, позволяя сформулировать определенные гипотезы относительно механизмов той или иной патологии.

Хотелось бы специально остановиться на ряде важных достоинств аналитического метода, основанного на качественном анализе отдельных случаев в процессе психотерапевтической работы. Хотя этот метод и является объектом критики со стороны позитивистски ориентированных ученых, именно на основе этого метода были высказаны очень многие идеи, которые годами разрабатываются и проверяются в эмпирических исследованиях представителями разных школ. Западный методолог С. Квале усматривает определенный парадокс в том, что метод, который так много дал науке, многими учеными не признается научным. Он настаивает на том, что метод качественного анализа имеет не меньшую ценность для науки, чем метод, основанный на количественной оценке. С. Квале справедливо замечает, что многие феномены, описанные в психоанализе, невоспроизводимы в условиях обследования выборки и не подлежат количественному объективному анализу, так как их проявление возможно только в результате длительного близкого и доверительного контакта с другим человеком.

Специфику аналитического метода С. Квале связывал с соблюдением следующих семи правил:

1) анализ индивидуальных случаев;

2) открытый модус наблюдения (без контрольной группы и строго контролируемых условий), при котором не преследуются определенные жестко фиксированные цели;

3) интерпретация смысла или применение герменевтического метода;

4) исторический подход — интерес к жизненной истории человека;

5) вовлеченность исследователя в глубокий человеческий контакт с другим человеком;

6) изучение психической патологии;

7) исследование происходящих в процессе лечения изменений.

По мнению С. Квале, богатство идей и феноменов, открытых в психоанализе, есть результат креативного и глубокого способа работы с проблемами человека (Kvale S. — 1985).

Таким образом, можно зафиксировать следующую динамику исследовательских правил и процедур в рамках психодинамической традиции: от анализа отдельных случаев в процессе лечения к методу систематического наблюдения за детьми, к использованию структурированных диагностических интервью и количественного анализа на основе стандартизированных психометрических методик (см. 4.6).

В России психоанализ длительное время находился фактически под запретом. В постперестроечную эпоху возрождение психоанализа сопровождалось значительными перекосами, в частности имелись тенденции к широкому внедрению психоанализа в медицину и поддержке его на государственном уровне (Холмогорова А. Б. — 1997). При этом не учитывалось, что при огромном влиянии, которое оказал психоанализ на развитие психотерапии и западной культуры в целом, его популярность как метода лечения значительно снизилась в силу весьма веских причин. «Длительная и довольно дорогая процедура традиционного психоанализа вытесняется менее длительным и менее дорогим методом психотерапии (одно из ответвлений психоанализа), а также бихевиоральной и когнитивной терапией» (Шульц Д., Шульц С. — 1998. — С. 430). При всех упомянутых проблемных моментах фундаментальное изучение этой богатейшей традиции необходимо как клиническим психологам, так и психотерапевтам, к какой бы школе они себя не относили.

Главу, посвященную развитию психодинамической традиции, хотелось бы закончить тем, что сказали об основателе традиции и его методе отступники-реформаторы К. Юнг и Э. Фромм: «Результатом фрейдовского метода является педантичная разработка теневых сторон человека, о которых до этого мы и не подозревали» (Юнг К. — 1993. — С. 43). Однако при этом «...он демонстрирует страстную веру в истину как цель, за которую человек должен

бороться, ибо последний от природы наделен разумом... Его вера в силу разума и способность последнего объединить человечество, а также освободить человека от оков суеверий пронизана пафосом философии Просвещения. Эта вера, в сущности, лежит в основе его концепции психоаналитического лечения. Психоанализ есть попытка раскрыть истину о самом себе. В этом отношении Фрейд продолжает вслед за Буддой и Сократом ту традицию мысли, согласно которой познание истины есть та сила, которая делает человека добродетельным и свободным, или, в терминологии Фрейда, — “здоровым”» (Фромм Э. — 1993. — С. 43—44).

* * *

В соответствии с классическими представлениями науки своего времени З. Фрейд видел смысл своих исследований в поиске универсальной истины, он искал истину о природе человека и о механизмах психической патологии. Однако метод его исследования был неклассическим в своей основе — знания о детерминантах и структурно-динамических характеристиках психики, об условиях нормального развития и механизмах патологии развивались и усложнялись в процессе поиска эффективных методов помощи различным категориям пациентов. Кропотливая непрерывная работа по соотнесению и интеграции этих знаний привела к созданию сложной системной концепции нормы и патологии, которая находится в постоянном развитии и оказывает существенное влияние на современную клиническую психологию, психиатрию и психотерапию.

Контрольные вопросы и задания

1. Какие школы относятся к неофрейдизму и постклассическому психоанализу? Какими формами психической патологии занимались их представители?
2. Что общего и различного в представлениях о движущих силах развития в разных школах данной традиции? Какой принципиально новый шаг был сделан А. Адлером в моделирующих представлениях о движущих силах развития по сравнению с классическим психоанализом?
3. Почему данная традиция получила название психодинамической?
4. Как меняются представления о структурно-динамических характеристиках психики в постклассическом психоанализе в отличие от классического? Что такое объектные репрезентации? Каковы их характеристики?
5. Под влиянием каких обстоятельств происходило изменение представлений о механизмах возникновения психической патологии в классическом психоанализе? В постклассическом психоанализе?
6. Какие теоретико-методологические принципы объединяют разных представителей данной традиции?
7. Как менялись основные исследовательские правила и процедуры в рамках изучаемой традиции и как их изменения были связаны со сменой объекта изучения? В чем состоят достоинства и недостатки метода анализа случаев?

Рекомендуемая литература

Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. — М., 1998. — С. 37—61.

Соколова Е. Т. Психотерапия: Теория и практика. — М., 2001. — С. 75—100.

Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. Анормальная психология — СПб., 2004. — С. 158—170.

Шульц Д., Шульц С. История современной психологии. — СПб., 1998. — С. 383—431; С. 433—467.

Дополнительная литература

Аграчев С. Г., Кадыров Н. Г. Психоанализ и психоаналитическая терапия / Основные направления современной психотерапии: учеб. пособие. — М., 2000. — С. 75—97.

Беттельхейм Б. Терапевтическая среда. — М., 1998. — С. 11—31.

Холл К., Линдсей Г. Теории личности. — М., 2000. — С. 41—78; С. 79—114; С. 115—160.

Фрейд З. Девушка, которая не могла дышать (1895) // Знаменитые случаи из практики психоанализа / под ред. А. А. Юдина. — М., 1995. — С. 13—25.

Фрейд З. Психология бессознательного. — М., 1989. — С. 38—121.

ГЛАВА 4

Когнитивно-бихевиоральная традиция

4.1. Исторический контекст развития

Бихевиоризм и психоанализ имеют уже столетнюю историю. Как мы видели, развитие психоанализа сопровождалось многочисленными ревизиями — существенными изменениями концептуальных схем изучения психической нормы и патологии. Не менее драматичным было развитие когнитивно-бихевиоральной традиции.

Бихевиоризм стал лидирующим направлением научной психологии и интенсивно развивался в США в первой половине нашего столетия в эпоху доминирования идей логического позитивизма. Однако предтечами, заложившими теоретические и экспериментальные основы бихевиоризма, являются известные русские ученые физиолог И. П. Павлов и невропатолог и психиатр В. М. Бехтерев. В Америке эра бихевиоризма была подготовлена трудами Э. Торндайка. Основателем и создателем *классического бихевиоризма* считается американский психолог Дж. Уотсон (см. 2.4). Первым существенно развил и модифицировал теорию классического бихевиоризма **Берес Скиннер**, положив начало *необихевиоризму* — дальнейшему развитию и преобразованию идей классического бихевиоризма. По результатам многочисленных опросов американских профессионалов, Б. Скиннер признан одним из наиболее влиятельных психологов XX в. Дж. Уотсон и Б. Скиннер являются создателями и наиболее известными представителями *радикального бихевиоризма*, так как они полностью отказались от анализа психических процессов и сосредоточили свое внимание на исследовании поведения. Оба исследователя предложили свои теории нормального и нарушенного поведения. Одной из наиболее известных моделей психической патологии, основанной на идеях радикального бихевиоризма Б. Скиннера, стала концепция выученной беспомощности **Мартина Селигмена**, которая будет рассмотрена в данной главе.



Берес Скиннер
(1904—1990)



Мартин Селигмен
(1942 г. р.)

В отличие от основателей психоанализа все перечисленные выше американские исследователи были представителями академической науки — они занимались «чистыми исследованиями», основная цель которых состояла в открытии универсальных законов человеческого поведения, знание которых, по их мнению, должно было помочь в решении практических задач.

Лишь в 1950—60-х гг., т. е. спустя полвека после возникновения бихевиоризма, бихевиоральные теории начинают использоваться в практической работе психотерапевтов. Годом рождения бихевиоральной терапии можно считать 1958 г., когда выходит книга **Джорджа Вольпе** «Терапия реципрокным торможением». В 1966 г. выходит книга Дж. Вольпе и А. Лазаруса «Техники бихевиоральной терапии», обобщающая опыт применения бихевиоральных принципов модификации нарушенного поведения. Таким образом, Дж. Вольпе и А. Лазарус (Wolpe J. — 1958; Wolpe J., Lazarus A. — 1966) открывают новое направление в психотерапии, которое получило название *поведенческой*, или *бихевиоральной, психотерапии*. Основной мишенью критики нового направления стали моделирующие представления психоанализа о детерминантах развития и механизмах психической патологии. Существенный вклад в разработку бихевиоральных концепций нормы и патологии внес **Ганс Айзенк** — немецкий клинический психолог, эмигрировавший в годы фашизма в Англию.

Основателями так называемого *методологического бихевиоризма*, выступившими с критикой радикального бихевиоризма, являются необихевиористы Э. Толмен и К. Халл. Наиболее известные теории нормы и патологии в рамках методологического бихевиоризма были предложены **Альбертом Бандурой** и **Джулианом Роттером**.

Когнитивная революция конца 50-х — начала 60-х гг. XX в. привела к появлению ***когнитивной психологии***, которую принято рассматривать в качестве продолжения линии развития



Альберт Бандура
(1925 [illegible])

методологического бихевиоризма, вместе с ним образующей *когнитивно-бихевиоральную традицию*. Когнитивная психология возникла в виде различных теорий переработки информации в оппозиции к бихевиоризму, однако опирается на ряд основополагающих теоретико-методологических принципов бихевиоризма. Различные психические нарушения в рамках информационного подхода стали связываться с нарушениями процесса переработки информации. Отцами когнитивной психологии принято считать У. Найсера и Дж. Миллера — бывших бихевиористов, ставших первыми когнитивными психологами. Одну из наиболее влиятельных когнитивных моделей психической патологии, понимаемой как *нарушение переработки информации и совладания со стрессом*, предложил известный американский исследователь психолог **Рихард Лазарус**, разработавший понятие *психологического стресса*. Идеи информационного подхода оказали влияние на практику психотерапии — появились подходы, ориентированные преимущественно на развитие навыков решения проблем и оптимальных способов организации процессов переработки информации. Среди наиболее известных представителей психотерапии, основанной на информационных моделях и ориентированной на решение проблем, следует упомянуть Д. Майхенбаума и Т. Д'Зуриллу.

Практически в то же время (1960-е гг.) зарождаются и начинают развиваться *интегративно ориентированные модели когнитивной психотерапии*. Согласно этим идеям человек создает когнитивные образы себя и мира, а в основе различных нарушений лежат дисфункциональные системы убеждений — особые когнитивные структуры или когнитивные схемы. Такой взгляд представляет собой значительный отход от основных теоретических принципов бихевиоризма. Он формировался под несомненным влиянием идей Ж. Пиаже и теории личностных конструктов Дж. Келли. Наибольший вклад в развитие учения о норме и патологии в рамках этого подхода внесли американские исследователи врач-психиатр **Арон Бек** и клинический психолог **Альберт Эллис**. Их последователями, развивающими данное направление с позиций методологии конструктивизма, являются — М. Махони, В. Гвидано, Дж. Лиотти. Представители интегративно ориентированной когнитивной психотерапии разрабатывают модели психической нормы и патологии, соединяющие идеи приходинами-



Арон Бек
(1921 г.р.)

ческой традиции о роли когнитивных структур и раннего опыта, а также идеи когнитивно-бихевиоральной традиции о роли поведения и процессов переработки информации.

Задача данной главы дать краткий обзор трансформации моделирующих представлений, теоретико-методологических принципов, исследовательских правил и процедур в анализируемой традиции. Подробное описание отдельных основополагающих моделей можно найти в целом ряде учебных пособий (Гудвин Д. — 2004; Ждан А. Н. — 1999; Шульц Д., Шульц С. — 1998; Холл К., Линдсей Г. — 1999; Первин Л., Джон О. — 2001; Величковский Б.М. — 1982; Солсо Р.Л. — 1996; Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. — 2000; Хегенхан Б., Олсон М. — 2004). Однако целостной картины трансформации представлений о норме и патологии в рамках когнитивно-бихевиоральной традиции указанные пособия не дают, что делает необходимым ее специальное освещение.

В психодинамической традиции были выделены три блока подходов, имеющих ряд общих методологических оснований: 1) классический психоанализ; 2) неофрейдизм; 3) постклассический психоанализ.

Когнитивно-бихевиоральную традицию также удобно рассматривать, разделив ее на четыре блока: 1) *радикальный бихевиоризм* (Дж. Уотсон, Б. Скиннер, М. Селигмен, Дж. Вольпе); 2) *методологический бихевиоризм* (К. Халл, Э. Толмен, А. Бандура, Дж. Роттер); 3) *информационный подход* (У. Найсер, Дж. Миллер, Р. Лазарус, Д. Майхенбаум, Т. Д'Зурилла); 4) *интегративно-ориентированная когнитивная психотерапия* (А. Эллис, А. Бек, В. Гвидано, Дж. Лиотти, М. Махони). Первая пара блоков относится к бихевиоризму и различается пониманием роли внутренних психических процессов: их роль полностью отрицается в радикальном бихевиоризме и признается важной в методологическом. Вторая пара блоков относится к когнитивному подходу и различается отношением к структурным характеристикам психики и роли когнитивных процессов в психической жизни. В информационном подходе в центре изучения оказываются процессы переработки информации, но игнорируется роль когнитивных структур и их усложнение в процессе развития. В интегративно ориентированном подходе именно когнитивные структуры оказываются в центре внимания, но при этом происходит отход от панкогнитивизма (взгляда на когнитивные процессы как полностью

детерминирующие поведение и эмоции) — когнитивные, эмоциональные процессы и поведение постепенно начинают рассматриваться как системно взаимосвязанные. Остановимся подробнее на истории формирования этих блоков.

Развитие моделирующих представлений в бихевиоризме происходило существенно иначе, чем в психодинамической традиции. Поскольку бихевиоризм развивали академические ученые, а не практики, то именно задача объяснения результатов исследований стимулировала развитие моделирующих представлений.

Радикальные бихевиористы (Дж. Уотсон, Б. Скиннер и их наиболее ортодоксальные последователи) полагали в качестве предмета психологии поведение как единственно доступную объективному изучению реальность. Психика была объявлена вне науки. За этим радикальным переопределением предмета психологии стояло желание представителей бихевиоризма поставить психологию в ряд естественно-научных дисциплин, опирающихся на объективные методы. Эта задача возникла под непосредственном влиянием *философии позитивизма* как наиболее популярной формы рефлексии науки того времени. Все данные, недоступные непосредственному наблюдению и проверке, позитивизм объявлял ненаучными.

Крайние формы позитивизма — *логический позитивизм* и *операционализм* — призывали к полному отказу от теории, обозначив все теоретические категории как «спекулятивные». В этой атмосфере, охватившей научные круги Америки, Вундтовская интроспективная психология выглядела архаическим пережитком прошлого. Отрицание бихевиористами этой старой академической психологии, называемой ими ментализмом, привело также и к отрицанию психики в качестве предмета изучения. Тем не менее на определенном этапе развития психологии этот механистический подход, именно в силу жестких ограничений, позволил развить изощренную технологию исследований (см. 4.6) и многое прояснить в механизмах поведения человека. В частности, эти исследования привели к невозможности объяснить поведение человека, не обращаясь к сознанию.

Еще более радикальный подход с целью постановки психологии «на научные рельсы» в годы сталинского правления был характерен для нашей страны. В 1951 г. после печально знаменитой Павловской сессии (научной конференции в честь И. П. Павлова) психология была фактически запрещена и заменена на физиологию высшей нервной деятельности (Материалы стенографического отчета объединенного расширенного заседания Президиума АМН СССР и Пленума правления Всесоюзного общества психиатров 11—15 октября 1951 г.). Чудом она избежала участи генетики и кибернетики и не была объявлена лженаукой, однако искажение ее предмета было вопиющим. В силу тоталитарного характера нашего общества в этот период речь шла не о научной дискуссии и борьбе традиций, а о попытке уничтожить инакомыслящих если не физически, то морально, лишив их всякой возможности развивать свои взгляды. Следует отметить, что сам И. П. Павлов не имел отношения к решениям этой сессии. Он всегда был категорически против насилия и репрессий и относился к тем немногим ученым, кто решался критиковать современный ему режим. К счастью, после смерти Сталина запрет на психологию был снят. Однако проблема сознания не сразу вернулась в отечественную психологию.

В 1909 г. Дж. Уотсон опубликовал свою первую статью о необходимости введения объективного метода в психологию. В 1914 г. в книге «Поведение: введение в сравнительную психологию», он описал преимущества использования подопытных животных в психологических исследованиях. Он отстаивал важность развития *зоопсихологии* как модели для изучения общих закономерностей психики. Молодые коллеги восхищались им, считая, что он делает революцию в отставшей от времени европейской психологии. Вскоре Дж. Уотсон был избран президентом Американской психологической ассоциации. Он мечтал о воплощении своих идей на практике — в 1916 г. стал консультантом по персоналу в крупной страховой компании и разработал курс по психологии рекламы для студентов. После войны он начал проводить свои первые исследования с детьми по формированию и угашению патологических реакций страха.

Профессиональная жизнь Дж. Уотсона сложилась таким образом, что он вынужден был покинуть науку и заняться работой прикладного психолога — специалиста по рекламе. Он всегда считал, что психология должна войти в разряд естественных наук и открыть законы, которые могут быть использованы для контроля за поведением человека с целью прогнозирования и управления. Он полагал, что люди действуют как машины и что их поведение, например в качестве потребителей, можно контролировать и предсказывать как действия других машин. «Для того, чтобы управлять потребителем, необходимо лишь поставить перед ним фундаментальный или условный эмоциональный стимул...сказать ему что-то такое, что скует его страхом, или вызовет легкое раздражение, или вызовет приступ нежности и любви, или коснется глубоко запрятанных психологических или житейских потребностей» (цит. по: Шульц Д., Шульц С. — 1998. — С. 279). Главную цель рекламы Дж. Уотсон видел в том, чтобы разбудить в людях недовольство теми товарами, которыми они пользуются, и возбудить желание приобретать новые. Такой она остается и в наши дни.

Бихевиоризм являлся образцом классической науки — вначале в лабораторных условиях изучить объективные законы поведения, а потом применить их на практике. Начав с поиска ответа на вопрос «Как изучать человека?» — радикальный бихевиоризм быстро перешел к поиску ответа на вопрос «Как управлять чело-

веком?». Дж. Уотсон много писал о программе переустройства общества на принципах научной психологии. Его обещания решить многие социальные проблемы (снижение преступности и психических болезней, повышение эффективности обучения) принесли ему широкую популярность. Справедливости ради надо сказать, что в адрес нового направления звучало немало критики (особую известность получили его публичные диспуты с известным американским психологом В. Мак-Дауголлом), однако эта критика потонула в энтузиазме революционных настроений.

В 1940—50-е гг. так называемая программа преобразования общества на основе научной психологической теории начинает активно разрабатываться самым известным последователем Дж. Уотсона — Б. Скиннером. В конце 1940-х гг. выходит его роман «Уолден-2», посвященный переустройству общества на принципах бихевиоризма. Ожесточенную дискуссию вызвала его более поздняя работа на тему переустройства общества «По ту сторону свободы и достоинства», где отрицаются все этические и философские подходы и взгляды и единственно разумным основанием для жизни признается научная бихевиоральная психология. Бихевиоральные концепции нередко называют *теориями научения*, которое объявляется центральным механизмом формирования любых форм поведения — как адаптивного, так и патологического. Процесс научения становится главным предметом изучения исследователей. Если Дж. Уотсон в качестве моделирующего представления о процессе научения взял схему условного рефлекса И. П. Павлова (классическое научение), то Б. Скиннер предложил собственную оригинальную модель процесса научения как закрепления определенных реакций путем их избирательного подкрепления (оперантное научение). Идея формирования поведения на основе различных последствий — системы наказаний и подкреплений — оказала огромное влияние на практику воспитания, обучения, лечения, организацию бизнеса.

Техники «модификации поведения» с легкой руки Б. Скиннера приобрели огромную популярность в самых разных сферах жизни. Широкое внедрение разработок научной психологии в США соответствовало *Zeitgeist* (духу времени). Европа залечивала тяжелые травмы после Второй мировой войны и испытывала глубочайшее разочарование в идее научно-технического прогресса в науке, как гаранте построения разумного и справедливого общества. Становилось все более очевидным, что научное знание само по себе не создает условий для построения такого общества, что оно может быть употреблено как во благо, так и во вред человеку и человечеству. Америка, напротив, переживала период экономического расцвета, ее университеты интенсивно развивались, психология получала все новые социальные заказы. Если в Европе распространялись идеи экзистенциализма, центрированные

на индивиде и вопросах его бытия в непредсказуемом и сложном мире, то в Америке царила атмосфера оптимизма и веры в возможность построения благополучного управляемого общества. Бихевиористы всячески поддерживали этот оптимизм, указывая, что построить такое общество возможно в опоре на принципы научной (читай, бихевиоральной) психологии. Многочисленные последователи Дж. Уотсона и Б. Скиннера, например, М. Селигмен, провели огромное количество экспериментов, направленных на формирование различных форм патологического поведения у животных. Выявляемые при этом механизмы прямо переносились на человека.

Бихевиоральная терапия, ориентированная на моделирующие представления радикального бихевиоризма, возникла в 1950—60-х гг. (на полвека позже бихевиоризма как теоретической системы) в качестве практического приложения моделей научения. Она не трансформировала эти модели сколько-нибудь существенно в процессе работы с разными формами психопатологии. ***Ее развитие шло не за счет углубления предметного вйдения новой реальности и введения «предметных добавок», а преимущественно за счет переноса моделей научения с одной формы патологии на другую.*** Как уже было сказано, ее основателями являются врач Дж. Вольпе, а также клинические психологи Г. Айзенк и А. Лазарус. Все они были глубоко не удовлетворены эффективностью психоаналитических методов в лечении различных расстройств и являлись яростными критиками и противниками психоанализа. Г. Айзенк объяснял достигаемые в аналитической психотерапии эффекты неосознанным использованием аналитиками моделей научения. Эти авторы были пионерами в сознательном применении бихевиоральных моделей для объяснения и лечения психической патологии. Их споры с психоаналитиками получили широкую известность. Так, Дж. Вольпе совместно с С. Рахманом полностью переписали случай Маленького Ганса в терминах бихевиоральной теории научения, указывая на ненужные спекулятивные усложнения механизмов патологии в аналитических моделях тревоги. Особенно непримиримым критиком и противником психоанализа был Г. Айзенк.

В США бихевиоризм на несколько десятилетий стал безусловно лидирующим направлением (1930—80-е гг.). Однако во второй половине XX в. на смену ортодоксальному бихевиоризму приходит методологический бихевиоризм. Назовем еще раз его основных представителей — Э. Толмен, К. Халл, А. Бандура, Дж. Роттер. «Предметные добавки» — видоизменения и модификации моделирующих представлений радикального бихевиоризма — в методологическом бихевиоризме возникают как результат выявления недостаточной объяснительной силы моделей классического и оперантного научения при экспериментировании с поведением.

Бихевиористские модели развития не могли объяснить многих фактов. В частности, освоение ребенком языка никак не укладывалось в модель оперантного обусловливания Б. Скиннера — формирование разговорных навыков путем пошагового подкрепления случайных сочетаний звуков. С критикой бихевиоризма выступили известный ученый-лингвист Н. Хомский, выдающиеся психологи Л. С. Выготский и Ж. Пиаже. *В процессе многочисленных опытов и наблюдений сами исследователи-бихевиористы столкнулись с невозможностью объяснить поведение человека и даже животных без учета внутренних психических процессов*. Эти процессы в методологическом бихевиоризме получили название *промежуточных переменных* и стали предметом интенсивных исследований.

Итак, в методологическом бихевиоризме психические процессы были вновь объявлены предметом психологии, однако изучать их рекомендовалось не методом интроспекции, а с помощью так называемых *объективных методов* — реконструкции их влияния на поведение в условиях эксперимента со строго контролируемыми условиями. Согласно одному из главных реформаторов ортодоксального бихевиоризма А. Бандуре, не само по себе подкрепление модифицирует поведение человека, а то, что человек думает об этом подкреплении, т. е. когнитивные процессы.

К. Халл, критикуя Б. Скиннера, выдвинул идею о том, что подкрепляются и закрепляются не элементарные реакции, а более сложные формы поведения. Он исследовал роль мотивации в поведении и пришел к выводу, что научение прямо зависит от уровня мотивации (чем голоднее животное, тем скорее оно будет усваивать те формы поведения, которые помогают добывать пищу). Его ученики и последователи Дж. Доллард и Н. Миллер попытались синтезировать представления о научении в бихевиоризме и представления о потребностях и инстинктах в психоанализе в общей теории психической нормы и патологии. Однако эта попытка не получила существенного развития.

Э.Толмен, несомненно, сыграл наиболее важную роль в подготовке когнитивной революции, открыв и описав когнитивное научение, смысл которого будет описан ниже (см. 4.2). Не менее революционную роль сыграла теория социального научения А. Бандуры, показавшего, что человек может научаться без всякого внешнего подкрепления, на основе процессов наблюдения и воображения.

Когнитивная революция в психологии на рубеже 1960-х гг. оплодотворила уже модифицированный бихевиоризм, окончательно перенеся акцент в объяснении человеческого поведения со стимульно-реактивной схемы на внутренние переменные в виде различных когнитивных процессов. Невозможность объяснить на основе моделей радикального бихевиоризма многие факты не только человеческого поведения, но даже поведения животных, стала окончательно очевидной. Достаточно вспомнить знаменитый гарвардский закон научения у животных, подытоживающий результаты анализа их поведения с помощью этологических методов (т. е. методов, учитывающих особенности вида и среду обитания животных). «При наиболее строго контролируемых условиях проклятое животное делает то, что ему хочется» (цит. по: Величковский Б. М. — 1982. — С. 39).

Когнитивная психология и когнитивно-ориентированная психотерапия развивались практически одновременно с начала 1960-х гг. Наряду с общими чертами в подходе к человеческой психике у них имелся ряд существенных различий. Когнитивная психология возникла в университетских лабораториях, ее основателями были ученые психологи-бихевиористы Дж. Миллер и У. Найсер. Когнитивно-ориентированная психотерапия зародилась в психиатрических клиниках, ее пионерами были психиатр-психотерапевт А. Бек и клинический психолог-психотерапевт А. Эллис. Официальной интеграции когнитивной психологии и когнитивно-ориентированной психотерапии в единую традицию с бихевиоризмом предшествовала жестокая борьба.

Радикальный бихевиоризм крайне негативно отнесся к введению когнитивных процессов в предмет изучения, упорно отрицая их роль в объяснении поведения. Среди особенно яростных критиков можно упомянуть Б. Скиннера, который в ответ на вспыхнувший интерес к когнитивным процессам пишет статью «Почему я не когнитивный психолог». Дж. Вольпе просто проигнорировал новое направление, отметив, что бихевиоральная терапия и так всегда занималась «внутренним поведением» (он имел в виду, в частности, собственную работу с образными представлениями проблемных ситуаций). В ортодоксально ориентированных университетах студентам было даже запрещено читать когнитивно-ориентированные исследования. Ведь согласно принципам ортодоксального бихевиоризма настоящая наука должна изучать только то, что объективно существует, а объективно существует только то, что можно наблюдать и измерять. У. Найсер иронически отметил, что в то время никакой психологический феномен не мог считаться реально существующим, если его не могли продемонстрировать на лабораторных мышах.

А вот свидетельство другого классика когнитивно-бихевиоральной традиции А. Лазаруса, прошедшего путь от позиций ортодоксального бихевиориста к когнитивно-ориентированной психотерапии: «В 50—70-е годы часто можно было слышать следующее утверждение: "Если вы не можете пронаблюдать или измерить что-либо, то оно, вероятно, попросту не существует!" В этот период многие мои коллеги, поведенческие терапевты, ничего не говорили о чувствах, установках, мнениях, ценностях, представлениях и убеждениях, рассматривая их просто как под-

множество различных форм скрытого поведения. На самом деле в некоторых кругах считалось, что использование термина “поведение” в любом описании делает результаты в большей степени подвластными измерению и, таким образом, более научными. Мы больше не ели, а вовлекались в “пищевое поведение”, мы не думали, а демонстрировали “мыслительное поведение”, и мы говорили о детском “спящем поведении”, “гневном поведении”, “плачущем поведении”. В свою книгу “Бихевиоральная терапия и то, что находится за ее пределами” (“Behavior therapy and beyond”, 1971) я включил отдельную главу “Когнитивное переструктурирование”, что позволило многим поведенческим терапевтам того времени обвинить меня в увлечении “ментализмом”, использовании “картезианского дуализма” и нарушении таким трудом достигнутой чистоты бихевиоризма. Сегодня подобные мнения разделяют только сторонники крайних мер» (Лазарус А. — 2001. — С. 57).

Далее А. Лазарус цитирует учебник по клинической поведенческой психотерапии 1990-х гг., указывая на победу когнитивной революции в бихевиоральном движении: «Более нет необходимости приводить аргументы в пользу применения когнитивных переменных в клинической практике поведенческой терапии. Большинство терапевтов, которые осуществляют поведенческое вмешательство, регулярно используют когнитивный аспект в диагностике и терапии» (там же. — С. 57). А. Лазарус ссылается также на данные о том, что более двух третей членов Ассоциации развития поведенческой терапии теперь считают себя когнитивно-поведенческими терапевтами. Эта цифра впечатляет, но наводит на мысль о том, что треть членов ассоциации по-прежнему остаются сторонниками радикального бихевиоризма.

К середине 1970-х гг. проблема сознания официально была возвращена в американские университеты. В учебниках психологию больше не определяют как «науку о поведении», а — как «науку о поведении и психических процессах». По мнению ряда современных исследователей, радикальный бихевиоризм сохранился как система представлений и техник психотерапии внутри когнитивно-бихевиорального подхода, но не как самостоятельная жизнеспособная теория.

Возникновению когнитивной психологии способствовало **два важных фактора**. **Первый** — возрастающий протест против ортодоксального бихевиоризма среди наиболее прогрессивной части молодых ученых. Как пишет один из основателей когнитивного подхода и автор самого термина «когнитивная психология» Дж. Миллер о создании первого центра когнитивных исследований, «центр не создавался для чего-то конкретного, а скорее против, в этом против и была вся суть» (цит. по: Шульц Д., Шульц С. — 1998. — С. 485). Отцом когнитивной психологии называют У. Найсера, который в 1967 г. опубликовал книгу «Когнитивная психология», завоевавшую необычайную популярность.

Вторым фактором когнитивной революции в психологии послужило изменение умонастроений в физике — главной законодательнице естественных наук. В физике в этот период на смену классической науке, построенной на идее объективности и существовании неизменной, независимой от наблюдателя реальности, приходит представление о невозможности абсолютного разграничения объекта и субъекта, внешнего мира и наблюдателя. Начинается неклассический период в развитии науки (см. гл. 1). Галилеевская модель Вселенной, предполагавшая существование абсолютных и универсальных, независимых от наблюдателя законов, была опровергнута исследованиями А. Эйнштейна и Н. Бора. Революция в физике послужила важным основанием для возвращения проблемы сознания в американскую психологию.

Основными источниками возникновения когнитивной психологии были методологический бихевиоризм и теория переработки информации, заимствованная из бурно развивающейся в 1950—60-х гг. кибернетики. Фактически многие методологические бихевиористы стали первыми когнитивистами, соединив модель переработки информации с моделью промежуточных переменных. Вот несколько юмористическое описание того, как бихевиорист Дж. Миллер стал одним из основателей нового когнитивного направления в психологии: «В этот период он приходит к выводу, что бихевиоризм, как он выразился, «выдыхается». Сходство между деятельностью мышления и компьютерными операциями настолько потрясло Миллера, что его интересы стали смещаться в сторону более когнитивно-ориентированной психологии. Как раз в это время у него образовалась аллергия на шерсть животных и их выделения, что означало, что он не может больше работать с лабораторными мышами. Он мог теперь работать только с человеком — большой недостаток в мире, где правят бихевиористы» (там же. — С. 486).

Уже в 1980-х гг., когда вся зарубежная психология стала в какой-то мере когнитивной, охватив самые разные области — психологию эмоций (С. Шехтер, Р. Лазарус), психологию мотивации (Л. Фестингер, Д. Аткинсон), — многие авторы, в том числе пионеры когнитивного подхода в экспериментальной психологии (А. Ньюэлл, У. Найсер) начали говорить о кризисе когнитивизма. Концентрация усилий на изучении отдельных феноменов, полученных в очень специфических лабораторных условиях, привела к тому, «что итогом этих усилий неизменно оказывалось множество не связанных между собой фактов и мини-теорий» (Величковский Б. М. — 1982. — С. 294). Развитие моделей психики в когнитивной психологии происходило за счет привлечения новых переменных, новых параметров когнитивных процессов,

новых частных мини-теорий, на которых мы не будем подробно останавливаться (см. Величковский Б. М. — 1982; Солсо Р. Л. — 1996; Хекхаузен X. — 1986).

В 1976 г. отец когнитивизма У. Найсер написал еще одну книгу «Познание и реальность», в которой выразил глубокое разочарование по поводу фрагментарности лабораторных исследований в ущерб изучению реальных жизненных случаев. Вклад когнитивной психологии в познание того, каким образом мыслит человек, он считал очень скромным. Вместе с тем под ее знаком развивалась вся научная психология второй половины двадцатого столетия и никакая связанная с наукой психотерапия не могла избежать ее влияния. Необходимо отметить сложность и полиморфность когнитивной психологии, отсутствие свойственной бихевиоризму концептуальной четкости, а также отсутствие целостной интегрирующей теории. Это нашло выражение в определении когнитивной психологии как производной от ряда «внутри- и междисциплинарных прививок на широко разветвленном древе бихевиоризма» (Алексеев Н. Г., Зарецкий В. К., Семенов И. Н. — 1979. — С. 164).

При всей оторванности от реальной жизни, которая так удручала У. Найсера, информационные модели психики оказали прямое влияние на практику психотерапии. Психические нарушения рассматривались при этом как результат *когнитивного дефицита* — дефицита навыков переработки информации и решения проблем. Появились методы психотерапии, направленные на обучение навыкам эффективного решения проблем путем их конкретизации и поэтапного преодоления (Т. Д'Зурилла), а также на торможение дисфункциональных когниций в виде негативных депрессивных и тревожных мыслей и замену их более оптимистическими, конструктивными и укрепляющими веру в себя (метод самоинструктирования Д. Майхенбаума).

В современной когнитивной психологии все большую роль начинают играть нейропсихологические исследования (Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. — 2003). Опираясь на новые возможности исследования функционирования головного мозга, она превращается, фактически, в нейрокогнитивную науку (Величковский Б. М. — 2006), которая стремится соединить представления о биологических процессах в мозговом субстрате с представлениями о характере протекания когнитивных процессов. Например, выдвигается гипотеза о существовании так называемого социального мозга, т. е. процессов в определенных зонах головного мозга, которые отвечают за способность человека к адекватному и эффективному социальному поведению (Burns J. — 2006). Нарушения этих процессов связываются с психической патологией. При всей перспективности и важности этого направления, следует отметить, что существует опасность биологического редукционизма — реанимации иллюзии возможности полного сведения психических процессов к биологическим коррелятам.

Попытки целостного подхода к психике в контексте анализа реальных жизненных случаев были предприняты в рамках психотерапевтических подходов А. Бека и А. Эллиса. Авторы первых разработок в области когнитивно-ориентированной психотерапии по исходной профессиональной подготовке были психоаналитиками. Подобно Дж. Вольпе и Г. Айзенку, ими двигала неудовлетворенность аналитическими методами лечения, носившая вполне конкретный характер. Так, А. Бек, занимаясь лечением депрессий, опробовал известные к тому моменту методы и нашел их неудовлетворительными: «В разные периоды работы я применял к больным депрессией большинство подходов, описанных в современной литературе. Казалось, что отдельные методы иногда помогают, иногда дают обратный эффект. Я прямо выражал тепло и симпатию, вызывал открытое выражение гнева и печали, интерпретировал их "потребность в страдании", пытался повысить их самопринятие. Однако беседа о чувстве беспомощности пациента или побуждение его к открытому выражению гнева зачастую лишь усугубляли депрессивное состояние...» (Beck A. — 1979. — P. 263). Для осмысления механизмов патологии А. Бек предложил новое моделирующее представление, опираясь на детальный феноменологический анализ психических процессов и поведения депрессивных пациентов.

А. Эллис почерпнул идею о важности работы с мировоззрением пациентов из французской школы рациональной психотерапии П. Дюбуа, позднее он и А. Бек объединили ее с теоретическими разработками информационного подхода. Несомненно также влияние Ж. Пиаже, который разрабатывал понятие когнитивной схемы. А. Бек предложил *двухуровневую модель когнитивных процессов*, в которой наряду с текущими процессами постулируются структурные образования — *когнитивные схемы*, которые включают в себя верования, убеждения, установки, сформировавшиеся в прошлом опыте индивида. По мнению одного из идеологов методологического бихевиоризма К. Добсона (Dobson K. — 1988), подход А. Бека, постулирующий важную роль внутренних структур (установок и верований), а также роль *раннего опыта* в формировании этих структур, по своей сути ближе психодинамическому подходу, чем когнитивно-бихевиоральному[1].

Когнитивную терапию А. Бека нередко называют мостом между бихевиоризмом и психоанализом. Она послужила отправ-

[1] Как уже отмечалось, идеи Ж. Пиаже повлияли также и на развитие теории объектных отношений, поэтому можно отметить определенное сходство понятий «объектные репрезентации» и «когнитивная схема» А. Бека. Оба понятия отражают способы организации опыта в систему представлений человека о себе и о мире.

ной точкой для других конструктивистски ориентированных представителей когнитивной традиции. С 1970-х гг. на когнитивный подход в психологии и психотерапии начинают оказывать влияние системные идеи *конструктивизма* и *структурализма*. Современный структурализм — это попытка системной интеграции разных моделей и идей. В рамках структурализма снимается вопрос о детерминизме по схеме причина — следствие или так называемом детерминизме бильярдного шара: стимул — реакция; когнитивные процессы — поведение. Это фактически отход от моделирующих представлений панкогнитивизма. Между эмоциями, когнитивными процессами и поведением предполагаются сложные системные связи и взаимовлияния.

Подытоживая, отметим, что для когнитивно-бихевиоральной традиции характерен механистический, атомарный подход к психике, расчленение ее на отдельные феномены, которые становятся предметом интенсивного экспериментального изучения в ущерб развитию целостной теории психического. Предваряя анализ моделирующих представлений о развитии, психическом здоровье и патологии, следует указать на дефицит целостных, обобщающих концепций. Вместе с тем несомненным преимуществом этой традиции является богатство эмпирических фактов, обоснованность выделенных механизмов поведения и психических процессов. Начиная с 1960-х гг. бурно развивается когнитивно-ориентированная психотерапия, в которой доминируют интегративные тенденции, идеи структурализма и конструктивизма.

* * *

Развитие моделирующих представлений о детерминантах и структурно-динамических характеристиках психики в психодинамической традиции стимулировалось столкновением с новыми формами психической патологии, для которых старые способы концептуализации оказывались недостаточными. Основатели когнитивно-бихевиоральной традиции были не практиками, а академическими учеными-исследователями. Поэтому развитие моделирующих представлений о детерминантах поведения в бихевиоризме происходило при столкновении с новыми лабораторными экспериментальными фактами, которые не находили объяснения на основе прежнего моделирующего представления. В бихевиоральной терапии осуществляется перенос этих моделирующих представлений на практику.

Задачи практики и неудовлетворенность существующими как аналитическими, так и чисто бихевиоральными методами воздействия стимулировала разработку новых моделирующих представлений в интегративно ориентированной когнитивной психотерапии. Представление о развитии как количественном накоплении разнообразных навыков соединяется с представлением о роли когнитивных структур и раннего опыта, в котором они закладываются.

4.2. Моделирующие представления о детерминантах психического развития

Представления об источнике развития. Общим моделирующим представлением об источнике развития является представление о пусковых воздействиях внешней среды, на которые более или менее пассивно реагирует человек. Согласно Дж. Уотсону, главная цель психологии — это выявление общих законов поведения, которое сделает возможным его прогнозирование и управление им. Поэтому главный вопрос в бихевиоральных исследованиях — это вопрос о детерминантах поведения. Исходя из представления о жестких причинно-следственных связях, бихевиористы ставят в линейную зависимость внешние воздействия и поведение, что нашло прямое выражение в знаменитой формуле стимул — реакция.

Психоаналитическое представление об источнике развития как внутреннем моторе в виде бессознательных потребностей заменяется на прямо противоположное в бихевиоризме Дж. Уотсона. Последний помещает *источник развития вне человека — во внешнюю среду*. Выражаясь в терминах бихевиоризма, характер внешней стимуляции определяет поведение. Именно такая модель развития стоит за эпатирующим заявлением Дж. Уотсона, пришедшего к полному отрицанию роли наследственности в развитии: «Дайте мне дюжину здоровых, нормально развитых младенцев и мой собственный специальный мир, в котором я буду их растить, и я гарантирую, что выбрав наугад ребенка, могу сделать его специалистом любого профиля — врачом, адвокатом, художником, торговцем, даже нищим или вором-карманником — вне зависимости от его склонностей и способностей, рода занятий и расовой принадлежности его предков» (цит. по: Шульц Д., Шульц С. — 1998. — С. 299).

Радикальный бихевиоризм в лице Б. Скиннера и его последователей занимал еще более жесткую позицию относительно определяющей роли среды, исключая из сферы исследования влияние не только наследственности, но и процессов в нервной системе.

В методологическом бихевиоризме роль среды как источника развития не ставится под сомнение. Среда как источник информации остается источником развития и в моделирующих представлениях информационного подхода, однако у последних это предполагает наличие врожденной способности к переработке информации.

Автор генетической эпистемологии Ж. Пиаже, оказавший огромное влияние на когнитивную психологию, полагал источник психического развития *внутри человека*. Согласно его представлениям, человеческая природа предполагает способность к раз-

витию определенных когнитивных схем, с помощью которых происходит восприятие реальности. Современными представителями когнитивной психотерапии, основанной на методологии конструктивизма, предпринимаются попытки ассимиляции идей Ж. Пиаже о когнитивном развитии как качественном изменении когнитивных структур.

Таким образом, представление об определяющей роли среды в ортодоксальном бихевиоризме заменяется на более сложные представления, направленные на увязывание внешних и внутренних источников развития.

Представления о движущих силах развития. В бихевиоризме среда выступает как в качестве источника, так и в качестве движущей силы развития. Л. С. Выготский блестяще сформулировал самую суть моделирующего представления о движущих силах развития в бихевиоризме: «Личное поведение или система условных реакций возникает на основе реакций, прирожденных или безусловных, неизбежно с необходимостью в силу известных условий, которые всецело регулируют и определяют собой процесс их образования. В чем же лежат эти условия? Нетрудно видеть, что они лежат в организации среды: *личный опыт формируется и организуется как слепок с организации различных элементов в среде* (выделено мною. — *А.Х.*)» (Выготский Л.С. — 1998. — С. 28). В этом представлении нет места собственной активности человека, развитие и поведение полностью детерминированы извне. Ясно, что такое моделирующее представление предопределило фокусировку внимания исследователей и психотерапевтов, работавших в рамках этой традиции, на окружающей среде по принципу: «модифицируй средовые воздействия — изменится поведение».

А. Бандура перешел от *модели линейного детерминизма*, согласно которому развитие происходит через внешние воздействия среды, к *модели реципрокного детерминизма*, носящей черты системного подхода. Согласно этой модели существуют постоянные взаимовлияния трех основных компонентов: среда — человек — поведение. Человек своим поведением также оказывает влияние на среду, как и среда влияет на его поведение; среда влияет на представления и когнитивные процессы человека, а он, в свою очередь, оказывают влияние на среду через поведение и т. д.

Тем не менее и в методологическом бихевиоризме, и информационном подходе среда рассматривается в качестве главной движущей силы развития. Достаточно вспомнить знаменитую фразу представителя информационного подхода Г. Саймона о том, что поведение человека подобно поведению муравья и отражает лишь сложность окружающей среды.

Согласно Ж. Пиаже, *движущей силой развития наряду с биологическим созреванием является потребность в адаптации к среде и установлении сбалансированных гармоничных отношений с ней*. В процессе такой адаптации формирующиеся у ребенка когнитивные схемы уточняются, видоизменяются и развиваются. Этот тезис оказал значительное влияние на развитие постклассического психоанализа, но, как это ни парадоксально, в рамках информационного подхода он не получил сколько-нибудь существенного развития и разработки. Правда, У. Найсер также оперирует понятием схема[1] и подчеркивает активный характер познавательных процессов. Однако для большинства представителей методологического бихевиоризма и информационного подхода идея развития через активные действия, направленные на адаптацию, остается чуждой.

Понять это нетрудно, если вспомнить позитивистскую ориентацию, свойственную и методологическому бихевиоризму и когнитивной психологии. Теоретические построения, выходящие за рамки того, что возможно непосредственно моделировать, контролировать и наблюдать, не встречали поддержки и понимания среди сторонников позитивизма и операционализма. Таким образом, системная направленность Ж. Пиаже и позитивизм американских наследников бихевиоризма оказались малосовместимыми.

Современных представителей когнитивной психотерапии, стоящих на позициях конструктивизма (В. Гвидано, М. Махони), привлекают моделирующие представления Ж. Пиаже о смене разных по уровню организации когнитивных структур как основы развития, а также движущих сил как потребности в равновесии и гармонии со средой. Предпринята попытка ассимиляции этих идей в теории когнитивного развития.

Таким образом, в качестве источника и движущих сил развития в рассматриваемой традиции выступает окружающая среда, однако моделирующее представление о механизмах ее воздействия усложняется — от непосредственного в радикальном бихевиоризме к опосредствованному в методологическом бихевиоризме и информационном подходе.

Представления о механизмах и условиях развития. Общим для данного направления является моделирующее представление о центральном механизме развития как *научении*, т. е. процессе формирования определенных устойчивых способов реагирования — привычек или навыков, будь то навыки поведения или переработки информации.

Согласно радикальному бихевиоризму поведение человека осуществляется по *механизму проб и ошибок*, и лишь воздействия

[1] Когнитивная схема по Ж. Пиаже — это некая матрица для организации опыта, по У. Найсеру — это нечто вроде компьютерной программы, реализуемой определенными констелляциями клеток головного мозга.

окружающей среды придают ему определенную направленность и приводят к образованию привычек и навыков. Эти навыки могут способствовать адаптации и психическому здоровью, а могут, наоборот, приводить к психической патологии в виде патологических привычек и реакций.

Развитие моделирующих представлений о механизмах развития шло по пути выделения разных типов научения. Дж. Уотсон, создавший свою концепцию на основе учения И. П. Павлова об условных рефлексах, провозгласил образование условных рефлексов в качестве первого типа научения. В бихевиоризме этот тип научения получил название классического обусловливания. Суть *классического обусловливания или научения* состоит в том, что нейтральный раздражитель сочетается с биологически значимым и таким образом приобретает сигнальное значение.

И. П. Павлов показал это в специальных опытах с собаками, исследуя слюноотделительный рефлекс. После нескольких сочетаний света лампочки с кормлением животного зажигание лампочки вызывало слюноотделительный рефлекс само по себе, без пищевого подкрепления, т.е. вначале нейтральный раздражитель подкрепляется биологически значимым, а затем приобретает смысл биологического раздражителя — становится его сигналом. Вот такое подкрепление нейтрального раздражителя биологически значимым и лежит в основе образования условных рефлексов, а они, в свою очередь, представляют те простейшие кирпичики, на которых основан процесс научения. Наглядным примером классического обусловливания является общеизвестный пищевой рефлекс (выделение слюны и желудочного сока) на определенное время суток, когда обычно принимается пища. Здесь качество сигнального раздражителя приобретает определенное время суток. Если время приема пищи постоянно изменяется, то такой условный рефлекс не вырабатывается.

Наряду с классическим позднее Б. Скиннер выделил *оперантное обусловливание* или *научение*, когда подкрепление отсрочено по отношению к реакции, точнее следует за реакцией, а не совпадает с ней. И. П. Павлов изучал слюноотделительные и другие рефлексы в условиях фиксации животного в специальном приспособлении. В отличие от него Б. Скиннер изучал поведение животного, имеющего возможность свободно передвигаться по проблемному ящику, получившему название скиннеровского. Он установил, что избирательное подкрепление определенных случайных реакций может приводить к их закреплению.

На этом принципе (до его научного открытия и описания Б. Скиннером) основали свою систему дрессировки животных знаменитые русские дрессировщики братья Дуровы, которые добились блестящих успехов, полностью отказавшись от телесных

наказаний животных. Они разработали изощренную методику исключительно положительного подкрепления желательных реакций и так постепенно формировали самые сложные навыки у разных животных, вызывая удивление у публики.

Э. Толмен, исследуя поведение крыс в лабиринте, пришел к выводу, что процесс научения (крыса должна была найти дорогу к пище) нельзя объяснить только на основе схемы стимул — реакция (S — R) или скиннеровского оперантного обусловливания (R — S). Для обоснования этого он также пошел по пути изменения условий эксперимента. Определенным образом построенные эксперименты (крыса должна была достигать пищи из разных точек лабиринта и разными способами — то бегом, то вплавь) показывали, что закрепляется не просто определенная сумма двигательных реакций. У крысы образуется некая внутренняя *когнитивная карта* лабиринта, которая позволяет ей быстро находить дорогу при изменении условий и, соответственно, изменении набора реакций.

Э. Толмен описал также так называемое *латентное научение — научение без подкрепления*. Так, крыса, помещенная в лабиринт без пищи и имевшая возможность исследовать его, находила положенную затем экспериментатором пищу быстрее, чем крыса без такого исследовательского опыта. Эти же эксперименты привели к необходимости преобразования стимульно-реактивной схемы поведения и введения в нее так называемых промежуточных переменных (S— O— R). В качестве промежуточных переменных выступали когнитивные процессы. Таким образом, Э. Толменом впервые была предложена *когнитивная модель научения*.

Под промежуточными переменными понимались, однако, не только когнитивные процессы, но и мотивационные, так как стало ясно, что научение зависит также от внутреннего состояния животного или человека (голодное животное учится быстрее, чем сытое и т. д.). Роль потребностей в научении специально исследовал К. Халл. Он ввел понятие первичных и вторичных драйвов или потребностей — внутренних состояний, связанных с физиологической активацией организма. *Первичные драйвы*, с которыми человек рождается, — это голод, жажда, боль и реакция на холод. Все научение, согласно К. Халлу, происходит на основе первичных драйвов в процессе социализации. *Вторичные драйвы* — это внутренние состояния, возникшие в процессе научения, с которыми связаны определенные формы поведения. Например, первичный драйв в виде чувства голода преобразуется во вторичный — желание подойти к холодильнику и съесть вполне определенные продукты. Это желание запускает соответствующее поведение, которое приводит к уменьшению чувства голода. По аналогии с этим речь может идти о любом внутреннем состоянии возбуждения и нужды в чем-то. Такое науче-

ние получило название *инструментального научения*, в его основе лежит связь между стимулом и реакцией, которую К. Халл называл привычкой.

Последователи К. Халла Дж. Доллард и Н. Миллер ввели понятие *социального научения*, под которым понимали способность человека усваивать определенные формы поведения на основе подражания.

Представления о научении в радикальном бихевиоризме были также подвергнуты ревизии в теории социально-когнитивного научения А. Бандуры. Согласно ему, научение во многом зависит от внутренних целей или намерений (мотивационные переменные) и может происходить без очевидного подкрепления и тренировки, а лишь при наблюдении и подражании определенным образцам поведения. В отличие от Дж. Долларда и Н. Миллера А. Бандура в своей трактовке социального научения большое значение придает когнитивным переменным — целям, представлениям. Он использует понятие *викарного*, или *замещающего*, *подкрепления* (от лат. *vicarius* — заменяющий, замещающий), под которым имеются в виду наблюдаемые или прогнозируемые, т. е. воображаемые выгоды и преимущества того или иного поведения. В соответствии с рассмотренной трактовкой научения концепцию А. Бандуры часто называют *социально-когнитивной*.

Исследования А. Бандуры показали, что большинство людей склонны моделировать поведение тех, кто успешно решает свои проблемы, в особенности знаменитых людей, одинаковых по полу и близких по возрасту. Он подверг резкой критике учение Дж. Уотсона и Б. Скиннера, исключивших психику из предмета психологии: «Очень забавно видеть радикальных бихевиористов, которые верят в то, что мысль не оказывает каузального воздействия, и в то же время отдают столько времени и сил выступлениям, статьям и книгам в попытках обратить людей в свою веру» (цит. по: Шульц Д., Шульц С. — 1998. — С. 341).

Таким образом, на разных этапах развития бихевиоризма были выделены разные типы научения, основанные на разных механизмах:

1) классическое — на основе условных рефлексов по схеме S — R, где S — условный стимул, а R — реакция (Дж. Уотсон);

2) оперантное — на основе подкрепления по схеме R — S, где R — поведение, а S — подкрепление (Б. Скиннер);

3) инструментальное — по схеме S — R, где в качестве стимулов могут выступать внутренние состояния — драйвы, а поведение способствует редукции внутреннего возбуждения (К. Халл);

4) когнитивное, или латентное, — на основе приобретения когнитивного опыта без подкрепления (Э. Толмен);

5) социальное, или социально-когнитивное, — на основе наблюдения за другими людьми и разными ситуациями и викарного подкрепления в виде воображаемых стимулов (А. Бандура).

Первый и второй типы научения относятся к теориям радикального бихевиоризма, третий, четвертый и пятый — к теориям методологического бихевиоризма.

В рамках радикального бихевиоризма Б. Скиннера обязательным условием научения является подкрепление внешнего наблюдаемого поведения. При этом поведение носит случайный характер, однако подкрепление приводит к тому, что определенные реакции закрепляются и возникают чаще других. Был выделен целый ряд условий, важных для эффективного научения. Эти условия получили название принципов, или законов, научения: 1) акцент на положительное подкрепление нужного поведения, а не наказание; 2) отказ от наказания, угашение нежелательного поведения путем его игнорирования (лишения последствий); 3) от подкрепления каждой реакции к случайному характеру подкрепления; 4) подкрепление должно следовать по возможности сразу и непосредственно за нужной формой поведения; 5) формируемый навык желательно разбить на элементарные действия, из которых он слагается, и подкреплять каждое из них по шагам; 6) подкрепление должно быть специфичным, т. е. иметь подкрепляющую силу для данного человека.

Вышеперечисленные законы научения вызвали немало споров и дали толчок многочисленным исследованиям, которые пытались их опровергнуть или подтвердить. Так, многократно дискутировалась роль наказания и один из видных представителей бихевиоризма Э. Газри пришел к выводу, что наказание может быть эффективным, но лишь в том случае, когда стимулирует нужное поведение, причем в присутствии того стимула, который до этого вызывал нежелательное поведение. Серия экспериментов подтвердила эту идею. Дискуссии относительно принципов научения продолжаются до сих пор.

Для методологического бихевиоризма Э. Толмена научение — это постоянный процесс, который происходит независимо от какого-либо подкрепления. Информация, полученная в результате латентного научения (происходящего без всякого подкрепления реакций) закрепляется в виде так называемых когнитивных карт и может быть актуализирована в тех условиях, где она полезна. А. Бандура, в свою очередь, считал, что научение может происходить уже только на основе наблюдения за другими. По его мнению, наше поведение было бы крайне неэффективным, если бы мы не могли учиться на основе ошибок и промахов других людей, лишь наблюдая за последствиями их поведения.

А. Бандура перечислил следующие условия социального научения через наблюдение: 1) внимание должно быть сконцентрировано на том поведении, которому научаются, 2) данное поведение должно отложиться в памяти, 3) должны быть в

наличии поведенческие основы для формирования нужного поведения (например, чтобы повторить какое-то упражнение в спорте, надо иметь соответствующее развитие мышц, силу удара и т. д.), 4) должна быть мотивация в плане позитивных ожиданий в результате его выполнения. Упомянутое выше викарное, или замещающее, подкрепление (наблюдаемые выгоды и преимущества) обеспечивает нужную мотивацию и создает предпосылку для перехода к воспроизведению наблюдаемого поведения. Таким образом, в рамках методологического бихевиоризма для научения определенному поведению необходимо наблюдение за ним, обеспеченное необходимыми вниманием, запоминанием, поведенческим репертуаром и мотивацией.

А. Бандурой и его сотрудниками было проведено немало экспериментов, которые доказали, что человек способен обучаться на моделях поведения других. Наблюдаемые последствия поведения выступают как замещающее подкрепление. Так, после просмотра видеозаписи с агрессивным поведением модели разными группами детей, наиболее охотно и часто после просмотра воспроизводили это поведение дети из той группы, где агрессивное поведение модели получало подкрепление. Дети, наблюдавшие запись, где за проявлением агрессии следовало наказание, гораздо реже демонстрировали сходное агрессивное поведение после просмотра.

А. Бандура выделил также такой важнейший механизм развития, как *саморегуляция*, полагая в ее основе способность к *самоподкреплению* — одобрению и похвалам самого себя за усилия и успехи, а также базовое чувство *самоэффективности* — веру в свои возможности справляться с проблемами.

Представители когнитивного направления показали, что все описанные бихевиористами механизмы научения с необходимостью включают когнитивные процессы и всегда являются результатом переработки информации. Механизмы развития в рамках информационного подхода рассматриваются как механизмы накопления и хранения информации, а также навыков ее переработки. Информация должна сохраняться в памяти, чтобы затем извлекаться оттуда при необходимости.

В теории Ж. Пиаже основными механизмами развития являются механизмы *аккомодации* и *ассимиляции*. Аккомодация — это процесс приспособления когнитивных схем к реальности, ассимиляция, напротив, процесс «подгонки» реальности под схемы. Баланс процессов ассимиляции и аккомодации обеспечивает нормальное развитие. В когнитивной психотерапии А. Бека за основу развития взят сходный механизм. Кроме того, и А. Бек, и А. Эллис придавали большое значение способности человека осознавать и менять собственные когнитивные схемы (установки и убеждения). Процессы осознания и регуляции собственного мышления получили название *метакогнитивных*, в когнитивно

ориентированной психотерапии им отводится важная роль в качестве одного из механизмов нормального развития. Условия нормального развития, т. е. установление баланса процессов ассимиляции и аккомадации, а также развития способности к саморегуляции, в теориях когнитивного конструктивизма пока остаются не вполне понятными. Существует тенденция связывать их с особенностями раннего опыта и качеством интерперсональных отношений. Очевидно, что ригидность когнитивных схем и их недоступность новому опыту ведут к искажению реальности и препятствуют нормальному развитию.

В рамках подхода, основанного на методологии конструктивизма, в качестве важнейшего механизма рассматривается все большее *усложнение и дифференциация когнитивных схем в процессе развития*, что сближает этот подход с психологией «Я» и теорией объектных отношений. Следует подчеркнуть, что в информационном подходе и в когнитивной психотерапии до последнего времени уделялось недостаточное внимание проблеме развития.

* * *

Подводя итоги, можно зафиксировать важный революционный поворот в моделирующих представлениях о детерминантах развития психики в рамках когнитивно-бихевиоральной традиции:

1) от представления о поведении как непосредственно определяемом внешними воздействиями («слепке воздействий внешней среды») к представлению об опосредствованной детерминации поведения через промежуточные переменные;

2) отказ от линейного детерминизма и переход к более сложному, вплоть до реципрокного (взаимного), детерминизма А. Бандуры с акцентом на саморегуляцию человеческого поведения;

3) в дополнение к представлению о центральном механизме, как научении, в когнитивной психотерапии ассимилируются системные идеи Ж. Пиаже о роли когнитивных структур (схем) и ведущей роли механизмов ассимиляции и аккомодации в их развитии.

4.3. Моделирующие представления о структурно-динамических характеристиках психики

Представления о структуре психики. В ортодоксальном бихевиоризме в качестве предмета психологии рассматривается поведение, а все психические процессы исключаются как не поддающиеся объективному наблюдению. Поэтому вопрос о структуре психики снимается, так как является бессмысленным в рамках ортодоксального бихевиоризма. В рамках методологического бихевиоризма психическое рассматривается в роли ситуа-

тивных факторов — внутренних переменных, воздействующих на поведение наряду с внешними факторами. Эти факторы не увязаны в определенную структуру, а представляют собой набор переменных.

Информационный подход рассматривает психику по аналогии с моделью компьютера с его блоками хранения информации. У компьютера есть аппаратное обеспечение — сама машина и программы, которые руководят его действиями. Интеллект имеет аппаратное обеспечение в виде клеток и тканей мозга и «программное обеспечение» в виде стратегий обработки информации, усвоенных в ходе научения. У. Найсер называл это обеспечение схемой, подчеркивая, что у человека может быть множество схем.

Ж. Пиаже фактически переворачивает центральную схему методологического бихевиоризма S—O—R. Он подчеркивает, что любой акт познания есть активное действие, основанное на ранее выработанных схемах. Существуют разные по уровню общности схемы мыслительной деятельности субъекта, и познание реальности всегда зависит от господствующих умственных структур.

Термин «когнитивная схема» Ж. Пиаже был использован в когнитивной психотерапии А. Бека. *Согласно А. Беку, когнитивная схема включает структурные элементы в виде системы иерархически соподчиненных представлений о себе и о мире. Таким образом, возникает первая в традиции структурная модель психики.* Однако именно данное моделирующее представление вызвало наибольшую волну критики и рассматривалось представителями когнитивно-бихевиорального направления как радикальный отход от его фундаментальных принципов.

Представления о структурной организации психики идут в разрез с ее основными теоретико-методическими принципами — принципом объективности и принципом ситуативного детерминизма (см. 4.5).

Представления о микродинамике психики. В рамках радикального бихевиоризма этот вопрос также оказывается бессмысленным, поскольку психика не является предметом изучения в бихевиоризме. В классическом бихевиоризме Дж. Уотсона функционирование психики фактически сводится к поведению в виде *пассивного реагирования на стимулы среды*. Б. Скиннер рассматривал поведение как набор случайных реакций, некоторые из которых могут закрепляться. Таким образом происходит научение и возникают новые навыки — устойчивые способы поведения в определенных условиях. «Процесс индивидуального приспособления превращается в “естественный отбор” случайных движений организма, а процесс обучения, соответственно, в “искусственную селекцию” этих до- и независимо от всякого обучения и тренировки сложившихся движений» (Василюк Ф. Е. — 2003. — С. 124).

Методологический бихевиоризм учитывает роль промежуточных переменных — внутренних условий — в функционировании психики. Более того, проблема функционирования психики становится центральной в когнитивной психологии и психотерапии, возникших на основе методологического бихевиоризма. Введение промежуточных переменных дало мощный толчок экспериментальным исследованиям влияния мотивации, когнитивных процессов и личностных черт на поведение (Хекхаузен X. — 1986). В рамках этих исследований возникли *теории атрибуции*, из которых наиболее известными являются теория локуса контроля Дж. Роттера и теория личностной эффективности А. Бандуры.

В информационной модели функционирование психики рассматривается в виде процессов извлечения и переработки информации. Распространенной моделью функционирования психики в когнитивной психологии является *модель процесса решения задач или проблем*, включающая определенные этапы, фазы и механизмы. Например, выделяются такие этапы, как оценка проблемы, оценка ресурсов для ее решения и потенциальных путей ее решения, наконец, выбор пути решения с его последующей оценкой.

В когнитивной психотерапии А. Бека функционирование психики определяется когнитивной схемой, которая представляет собой систему соподчиненных верований и представлений о себе и о мире. Такая схема определяет восприятие различных конкретных ситуаций, что выражается в виде когнитивных процессов — мыслей и образов. Они зачастую плохо осознаются человеком, но определяют его эмоции и поведение. Например, представление о себе типа «Я слаб и несостоятелен» определяет повторяющиеся в разных ситуациях следующие мысли: «У меня ничего не получится, я не справлюсь с этой задачей», — что в свою очередь определяет возникающую эмоцию страха и поведение избегания пугающей ситуации. Важным аспектом функционирования психики являются так называемые *когнитивные искажения* — механизмы мышления, искажающие получаемую информацию (сверх-обобщение, негативное селектирование, поляризация и др.). Эти процессы мышления А. Бек вслед за З. Фрейдом называл первичными, дологическими. Вторичные процессы мышления осознаны и основаны на логике и восприятии реальности без грубых искажений. Важнейшим элементом функционирования психики, согласно А. Беку, являются *метакогнитивные процессы*, за которыми лежит способность человека осознавать и анализировать собственное мышление.

Представления о макродинамике. Процесс развития понимается в бихевиоризме как процесс постепенного накопления все

более и более сложных реакций. В отличие от психоанализа в бихевиоризме не выделяются этапы развития, т.е. качественно отличные стадии, *развитие предстает не как революционный процесс, а как процесс накопления исключительно количественных изменений*. Эта позиция бихевиористов является принципиальной, и они предприняли немало экспериментов, чтобы доказать ее в исследованиях процесса научения у детей разного возраста (Солсо Р.Л. — 1996).

В информационном подходе процесс развития также сводится к процессу количественных накоплений. Если в бихевиоризме это набор навыков и реакций, то в информационном подходе — накопление информации и навыков ее переработки, поэтому здесь также не было сделано никаких существенных наработок относительно стадий развития. Основатель когнитивной психологии У. Найсер видел в этом один из коренных недостатков информационного подхода к психике: «Теории, которые не учитывают возможности развития, не могут всерьез считаться теориями когнитивных процессов человека» (Найсер У. — 2003. — С. 127).

Ж. Пиаже рассматривал *развитие как процесс качественных изменений, скачков, сопровождающихся принципиальными изменениями когнитивных структур или схем*. Он впервые выделил стадии когнитивного развития ребенка, и хотя его периодизация неоднократно критиковалась представителями информационного подхода, она по-прежнему остается одной из самых законченных и самых влиятельных концепций когнитивного развития. Ж. Пиаже подвергал резкой критике идею бихевиористов о развитии как слепке влияний окружающей среды, подхваченную многими представителями информационного подхода. «Живой организм не является просто зеркальным отображением свойств окружающей среды. Он развивает структуру, которая не полностью преформирована, но строится в течение эпигенеза» (Пиаже Ж. — 2003. — С. 237).

Ж. Пиаже выделял следующие стадии когнитивного развития: а) сенсомоторная стадия (до двух лет, схемы действий в виде рассматривания и хватания предметов для знакомства с ними); б) дооперациональная стадия (с двух до семи лет, появление языка, способность пользоваться символами); в) стадия конкретных операций (с семи до одиннадцати, начало логического мышления); г) стадия формальных операций (от 12 лет, способность пользоваться абстрактными понятиями). Переход на новую стадию обеспечивается с одной стороны процессами биологического созревания, с другой — процессом адаптации и механизмами ассимиляции и аккомодации. Таким образом, развитие понимается как смена господствующих умственных структур.

Однако современная когнитивная психология и психотерапия не смогли ассимилировать учение Ж. Пиаже о развитии как о

качественном преобразовании когнитивных структур. Такие попытки предпринимаются в рамках конструктивистски ориентированного направления в когнитивной психотерапии, лидерами которого являются М. Махони, В. Гвидано, Дж. Лиотти. Согласно этим авторам, *развитие предстает как процесс перехода от более примитивных и недифференцированных когнитивных структур или внутрипсихических репрезентаций себя и мира ко все более сложным и дифференцированным*. Другим основанием этого направления в когнитивной психотерапии является концепция привязанности Дж. Боулби (см. 7.1). Авторы относят эту концепцию к когнитивной психологии развития, учитывая предложенное понятие «рабочей модели» как репрезентацию себя и близкого взрослого, формирующихся в раннем детстве. На этой концепции строится интерес к раннему опыту, что противостоит принципиальному антиисторизму бихевиоризма.

В целом можно отметить, что отсутствие разработанных представлений о макродинамике развития — одно из самых очевидных белых пятен современной когнитивно-бихевиоральной психологии и психотерапии. Определенное продвижение в этом направлении связано с развитием конструктивистского подхода. В последнее время появились также исследования в рамках моделирующего представления о *развитии как последовательности сензитивных или критических периодов для научения определенным формам поведения*. Эти идеи берут начало из работ этологов, исследующих становление разных форм поведения у животных, а также из идей Дж. Боулби о критическом периоде для формирования поведения привязанности у детей. Накопленные экспериментальные факты показывают, что недостаток сенсорной стимуляции в младенчестве приводит к задержкам развития, которые не поддаются компенсации, зачаточные способности к восприятию формы должны быть развиты в течение критического периода, интенсивная стимуляция в раннем возрасте является важной базой для последующего успешного интеллектуального развития и т.д.

* * *

Подводя итоги, можно зафиксировать следующие тенденции в развитии моделирующих представлений о структуре и динамике психики в рамках когнитивно-бихевиоральной традиции:

1) от ориентации на процесс (внешнее и внутреннее поведение) к структурным характеристикам психики (когнитивные схемы);

2) от случайных реакций по типу проб и ошибок к метакогнитивным процессам и саморегуляции, в понимании микродинамики;

3) от количественного накопления навыков к смене качественно различных когнитивных структур в понимании макродинамики.

4.4. Моделирующие представления о здоровой личности и механизмах психической патологии

Представления о психическом здоровье. В радикальном бихевиоризме человек представляет собой роботоподобное существо, пассивно реагирующее на воздействие внешней среды. Понятия психики, сознания и личности попросту снимаются как не соответствующие критериям научности в рамках позитивизма. В основу описанных в бихевиоризме законов научения легли опыты на животных, поэтому принято говорить, что человек в бихевиоризме — «большая белая крыса». Бихевиоризм полностью игнорирует активное начало в человеке, его способность к самостоятельной постановке целей, самоорганизации и саморегуляции. *Воспитание* согласно такому моделирующему представлению — *это целенаправленное формирование социально желательных реакций.* Л.С. Выготский в предисловии к книге Э. Торндайка «Принципы обучения, основанные на психологии» остроумно сравнивал учителя в торндайковской образовательной системе с рикшей, который тащит на себе пассивного пассажира-ученика (Выготский Л.С. — 1998).

Методологический бихевиоризм признает за психикой функцию регуляции поведения, однако проблема сознания и сознательной регуляции поведения, если и ставится в нем, то пока очень робко. Машиноподобность психики сохраняется, она лишь приобретает более сложное устройство с большим количеством рычагов и гаек.

В основе информационной когнитивной модели лежит представление о человеке как активно оценивающем окружающую среду и действующем подобно наивному исследователю, определяющему наилучший способ ответа на ее ситуативные стимулы и требования (Величковский Б.М. — 1982). В соответствии с этой моделью способы переработки информации полностью определяют последующие реакции, т.е. для нее тоже характерен жесткий, линейный подход к объяснению механизмов человеческого поведения. Применительно к образу человека в когнитивной психологии принято говорить о метафоре компьютера.

Из описанных моделирующих представлений о человеке и развитии следует модель воспитания и обучения как процесса насыщения информацией, знаниями и эффективными способами и алгоритмами решения проблем. Учитель выступает в роли информатора и носителя знаний, которые он должен «вложить» в голову ребенка, причем чем больше, тем лучше.

При всем различии бихевиоризма и когнитивизма «их равнодействующая указывает в направлении концепций, игнорирующих сложность внутренней организации и свободу действий человека» (там же. — С. 293). Эта позиция является одним из видов механистического редукционизма. В теории Ж. Пиаже когнитивисты проигнорировали главное — его моделирующее представление о развитии как качественном преобразовании когнитивных структур.

Когнитивную психотерапию часто отождествляют с информационным подходом в психологии. Однако это справедливо лишь отчасти. Наиболее известные модели когнитивной психотерапии базируются прежде всего на *способности человека к самосознанию*, принципиально отличающей его мышление от процесса переработки информации компьютером. Эта способность позволяет осмыслять и изменять собственное мышление и собственную жизненную философию. Основатель когнитивной психотерапии А. Бек говорил об образе человека-пилота, способного управлять своим эмоциональным состоянием и своей жизнью, что перекликается с моделирующим представлением о человеке в гуманистической психологии. *Здоровая личность — это личность, способная осознавать, применять и совершенствовать собственные когнитивные схемы, в соответствии с меняющимся опытом и меняющейся реальностью.* Если выражаться в терминах Ж. Пиаже, то это личность, способная к установлению баланса процессов аккомодации и ассимиляции.

В целом можно говорить о тенденции к усложнению образа человека в направлении учета его способности к самосознанию и саморегуляции.

Представления о механизмах психической патологии. В рамках радикального бихевиоризма разработаны моделирующие представления о психической патологии, основанные на моделях классического и оперантного научения.

Как уже упоминалось, бихевиоризм во многом основан на теории и опытах И.П. Павлова, который создал также оригинальное учение о психической патологии. Он изучал так называемые экспериментальные неврозы у собак, которые возникали у них, когда требования, предъявляемые учебной ситуацией, оказывались чрезмерно высоки. Например, при необходимости дискриминировать очень схожие стимулы или при переучивании хорошо закрепленных реакций.

Эти опыты привели И.П. Павлова к формулировке теории неврозов и психозов, основанной на двух основных допущениях: нарушения поведения связаны, с одной стороны, с процессами в центральной нервной системе, а с другой — с биологической конституцией. Иначе говоря, в основе расстройств поведения лежат дисфункциональные процессы в нервной системе, которые в свою очередь возникают в результате ее перенапряжения. Расстройства поведения возникают: 1) вследствие процессов возбуждения в коре, связанных с действием очень сильных раздражителей; 2) вследствие процессов торможения в коре,

связанных с длительным воздействием стрессовых раздражителей и хроническим напряжением при решении сверхсложных задач.

И. П. Павлов пришел также к выводу о существовании индивидуальных различий (конституциональные условия) в аспекте устойчивости нервной системы по отношению к различным раздражителям. Он выделил разные типы нервной системы в опоре на критерии силы, устойчивости и гибкости нервных процессов. Достаточная сила, уравновешенность и гибкость нервных процессов — основа психического здоровья по И. П. Павлову. Он мало интересовался специфическими психическими расстройствами, его теория направлена на выделение универсальных механизмов психической патологии. «Условные методы Павлова предоставили психологической науке базовый элемент поведения, конкретную рабочую единицу, к которой могло быть сведено сложное человеческое поведение для его изучения в лабораторных условиях. Дж. Уотсон ухватился за эту идею и сделал ее ядром своей программы» (Шульц Д., Шульц С. — 1998. — С. 267). Дж. Уотсон приложил модель павловского условного рефлекса или классического обусловливания к изучению реакций страха или фобических реакций у детей.

В психоанализе для описания механизмов возникновения фобических реакций классическим примером служит случай маленького Ганса, который боялся лошадей. В бихевиоризме столь же классическими являются эксперименты Дж. Уотсона по формированию фобической реакции у маленького Альберта. Вот как он описывал его: «В лаборатории имени Гопкинса был недавно произведен следующий эксперимент на некоем Альберте Б. — одиннадцатимесячном младенце, весящем 8,5 кг. Ребенок был довольно вялый и тупой, но чрезвычайно здоровый и цветущий. Альберт был сыном одной из кормилиц. Он всю свою жизнь прожил в госпитале. Почти от самого рождения находился он под постоянным надзором экспериментаторов. Для начала необходимо было применить некоторые простые природные или основные стимулы, которые вызвали бы страх (соответственно электрическому удару). Как мы уже указывали, наиболее действенным средством служат громкие звуки. Мы решили выработать у Альберта искусственный страх и, как только он прикоснется к предложенной ему белой крысе, произвести сильный звук, ударяя по тяжелому стальному бруску, находившемуся позади него» (Уотсон Дж. — 1998. — С. 475). В результате осуществления этого эксперимента Альберт стал бояться белой крысы, к которой до этого активно тянулся, а со временем по механизму генерализации стимула страх распространился на все белые пушистые предметы.

Эксперименты с другим ребенком (маленьким Питером), проведенные последовательницей Дж. Уотсона М. Джонс, продемонстрировали возможность угашения фобических реакций. Питер боялся белых кроликов уже к началу проведения эксперимента. Когда Питер принимал пищу, в помещение вносили кролика и держали на достаточно большом

расстоянии, чтобы не вызвать реакцию страха. Потом с каждым разом во время других приемов пищи кролика стали подносить все ближе и ближе. Постепенно Питер привык к кролику и даже начал трогать его. Этот механизм угашения фобической реакции получил название реактивного торможения — торможение реакции, вызванное утомлением после многочисленных повторений. Позднее он был положен в основу бихевиоральной терапии тревожных расстройств Дж. Вольпе.

«*Эксперименты Уотсона с условными рефлексами убедили его, что эмоциональные расстройства взрослых невозможно свести исключительно к сексуальным факторам, как утверждал Зигмунд Фрейд. Уотсон отстаивал мнение, что проблемы взрослых связаны с обусловленными реакциями, сформированными еще в детстве или в подростковом возрасте* (выделено мною. — *А. Х.*). А если расстройства взрослых являются следствием неправильного воспитания в детстве, то правильная программа воспитания должна предотвратить появление расстройств в более старшем возрасте» (Шульц Д., Шульц С. — 1998. — С. 299).

Южноафриканский врач Дж. Вольпе был одним из основателей бихевиоральной психотерапии, основанной на теории бихевиоризма[1]. Подобно Дж. Уотсону, он попытался использовать модель условных рефлексов И. П. Павлова для описания механизмов патологии. При этом он попытался приложить эту теорию к различным расстройствам — страхам и фобиям, сексуальным нарушениям, депрессиям, мигреням, астме и др. Он также проводил многочисленные эксперименты на животных, которые подтверждали, что расстройства поведения, или экспериментальные неврозы, возникают в результате повторяющихся неприятных по характеру раздражителей, а совсем не обязательно связаны с конфликтом, как это постулировалось в классическом психоанализе.

Собственную теорию психической патологии на основе принципов научения в соединении с концепцией личностных черт разрабатывал психолог Г. Айзенк (Eysenk H. — 1976; Eysenck H., Eysenck S. — 1968). Он бежал из Германии от преследований нацистов и бóльшую часть своей жизни работал в знаменитой клинике Моудсли в Великобритании. Будучи активным критиком и противником психоанализа, он считал, что успехи аналитической терапии связаны с неосознанным использованием аналитиками моделей научения. Например, он указывал, что аналитики модифицируют патологическое поведение, используя модель переноса. Основные пункты его критики касались: 1) спекулятивности

[1] Отметим, что никто из вышеупомянутых бихевиористов-основателей не был психотерапевтом и не относил себя к ним. Тем не менее и Дж. Уотсон, и Б. Скиннер претендовали на развитие психотехнологий оздоровления общества и управления социальными процессами.


Ганс Айзенк
(1916—1997)

многих положений психоанализа из-за невозможности эмпирически их проверить; 2) понимания психической патологии как проявления бессознательных конфликтов, в то время как, согласно Г.Айзенку, все заключалось в неправильном научении. Он критиковал структурно-динамическую концепцию патологии психоанализа, согласно которой невротические, характерологические и психотические расстройства выделялись как разная степень выраженности одного и того же континуума состояний. Предрасположенность к психозам и неврозам он связывал с разными личностными предиспозициями или параметрами.

Теория личности Г. Айзенка была основана на различиях в нервно-психической организации и включала три поведенческие предиспозиции — психотическую, невротическую и интро/экстраверсию, которые он считал врожденными. В разработке теории черт он опирался на статистическую технику факторного анализа, суть которой состояла в выявлении связанных между собой признаков. Наблюдаемые обычно вместе признаки (особенности эмоционального реагирования и поведения) связывались в группы или факторы. Например, такие признаки, как общительность, открытость, поиск новых раздражителей, обычно встречались вместе и объединялись Г. Айзенком в рамках фактора экстраверсия-интроверсия на полюсе экстраверсии.

Предполагалось, что предиспозиции можно выявить с помощью специальных вопросов, объединенных в один опросник. Наличие особой психотической предиспозиции, включающей враждебность и эмоциональную отгороженность, не подтвердилось исследованиями. Как выяснилось, вышеуказанные черты соответствуют широкому спектру личностных нарушений и делинквентому поведению. Наиболее известны две другие предиспозиции, которые, согласно концепции Г. Айзенка, предрасполагали к разным видам невротического поведения.

Базовые понятия теории личности Г. Айзенка — *интроверсия*, *экстраверсия*, *нейротизм*. За этими понятиями стоит павловская теория типов нервной системы. Интроверсии соответствует преобладание процессов возбуждения, экстраверсии — преобладание процессов торможения. Наконец, нейротизм связан с лабильностью реакций автономной нервной системы. Оба параметра образуют непрерывный континуум с полюсами: эмоциональная

стабильность — эмоциональная нестабильность или нейротизм, экстраверсия — интроверсия.

Интровертированные личности характеризуются повышенной способностью к образованию условных связей в силу преобладания процессов возбуждения в центральной нервной системе. Поэтому для них характерны невротические реакции «первого рода» — страхи, фобические реакции, навязчивости, возникающие вследствие условного связывания этих реакций с ранее нейтральными раздражителями.

Экстравертированные личности, наоборот, с большим трудом образуют условные связи из-за преобладания процессов торможения (условная связь возникает между центрами возбуждения). В силу этих причин они хуже научаются и хуже социализированы. Эти нарушения «второго рода», согласно Г. Айзенку, охватывают психопатические асоциальные нарушения, истерию, делинквентное поведение. В возникновении этих нарушений важную роль играют также такие факторы, как высокий уровень лабильности автономной нервной системы (нейротизм) и ошибки воспитания.

Важным моментом в этой теории является рассмотрение личностных черт как биологически обусловленных. Это вызвало значительную критику, так как ставило под вопрос эффективность воспитания и психологической помощи. Сам Г. Айзенк, будучи сторонником поведенческой психотерапии, отвергал эти обвинения. Он подчеркивал, что наследуется лишь предрасположенность к тому или иному типу реакций, а само поведение может быть сформировано и модифицировано.

Параметры, выделенные Г. Айзенком, стали предметом дальнейших экспериментальных исследований. Впоследствии он занимался исключительно расстройствами эмоционального реагирования, которых и касалась его так называемая *трехфазная теория психических расстройств*.

Г. Айзенк выделил следующие фазы развития тревожных расстройств:

– травмы и повседневный стресс провоцируют сильные реакции автономной нервной системы, что ведет к дезорганизации поведения;

– по механизму классического обусловливания прежде нейтральные раздражители приобретают сигнальное значение провокаторов эмоциональных реакций, однако при стабилизации ситуации это сигнальное значение утрачивается и происходит свойственная неврозам спонтанная ремиссия;

– процесс угасания возникших условных дисфункциональных реакций блокируется, если у человека возникает поведение избегания условных раздражителей, вызывающих неприятные эмоции. По механизму оперантного обусловливания это ведет к не-

гативному подкреплению избегающего поведения, а значит, фиксации такого поведения и реакций страха.

В этой модели был сделан шаг вперед по сравнению с теориями Дж. Уотсона и Дж. Вольпе, так как в ней предпринята попытка объяснения механизма стабилизации дисфункциональных реакций. Эта теория нашла подтверждение в практике. Известно, что труднее лечатся фобии, сопровождающиеся поведением избегания. Так, легче помочь тому, кто, несмотря на транспортную фобию, преодолевая страх, ездит в метро, чем тому, кто сидит дома и избегает поездок.

В центре модели патологии Б. Скиннера находится механизм оперантного обусловливания. Он был уверен, что в случае психической патологии речь идет просто о *неправильном научении и дефиците адаптивных реакций*. Недостаточная регуляция поведения ребенка при оперантном подкреплении со стороны взрослых ведет к недоразвитию социальных навыков и дефициту адаптации. Наказание за инициативу и другие полезные формы поведения может вести к пассивности и различного рода неадаптивным реакциям. Поощрение неадаптивных реакций, например повышенное внимание в случае агрессивного поведения, может вести к их закреплению.

М. Селигмен развил *теорию выученной беспомощности*, основанную на механизмах оперантного научения, которая стала одной из наиболее известных моделей депрессий (Seligman M. — 1975). С помощью многочисленных опытов на животных он показал, что в ситуации тотальной утраты контроля над действием раздражителей у животных развивается поведение так называемой выученной беспомощности — полный отказ от инициативы и каких-либо попыток изменить ситуацию.

Основной смысл экспериментов М. Селигмена заключался в следующем. Три группы животных подвергались действию неприятных раздражителей, например электрического тока. Эксперимент включал две серии. В первой серии одна группа имела возможность прекратить действие тока нажатием на педаль. Эти животные оставались активными и искали выход из ситуации во второй серии, когда действие тока можно было прекратить, перепрыгнув в другую часть клетки. Вторая группа в первой серии помещалась в ситуацию, когда любые попытки прекратить действие тока оставались безрезультатными. У этих животных постепенно развивалось состояние, очень похожее на депрессию — вялость, отсутствие аппетита, выпадение шерсти.

При помещении в ситуацию, где было легко избежать ударов электрического тока, эти животные оставались вялыми и не предпринимали видимых усилий и попыток улучшить свое положение, они были менее обучаемы, чем другие животные. Наконец, третья, контрольная, группа не подвергалась никакому предварительному испытанию и легко находила выход из клетки во второй серии экспериментов. Экспериментально сформированное поведение собак из второй группы М. Селигмен назвал «выученной беспомощностью» и предположил, что аналогичным может быть механизм негативного научения в ситуации отсутствия какого-либо позитивного подкрепления поисковой активности у человека, что приводит к предрасположенности к депрессивным реакциям.

Дж. Доллард и Н. Миллер предложили свою *модель психической патологии, соединяющую теорию К. Халла с психоанализом* (Miller N., Dollard J. — 1950). В качестве промежуточных переменных они рассматривали драйвы — внутренние возбуждения, или стимулы (этот же термин в психоанализе употребляется как аналог термина «влечение»), различая первичные или врожденные (голод, боль, сексуальное возбуждение) и приобретенные, или вторичные, драйвы (связанные с научением на основе связи с первичными драйвами). Драйв — это внутренний стимул, достаточно сильный для того, чтобы вызвать то или иное поведение. Страх и тревога рассматриваются как вторичные драйвы, связанные с первичным драйвом боли. Страх и тревога могут быть решающими стимулами в поведении избегания, ведущем к редукции исходного возбуждения. Поведение, которое приводит к редукции возбуждения, закрепляется.

Согласно этой концепции в основе патологии лежит конфликт драйвов, понимаемых в отличие от психоанализа не как влечения, а как внутренние стимулы. В ходе развития один и тот же стимул может вызывать как реакцию приближения, так и реакцию избегания, т. е. вызывать разнонаправленные драйвы. Конфликт приближения — избегания между двумя драйвами Дж. Доллард и Н. Миллер рассматривают как основу возникновения невротической симптоматики. При этом невротический симптом призван облегчить тревогу и уменьшить давление конфликта. Авторы описывают случай женщины с агорофобией (страх открытых пространств), у которой, согласно их трактовке, на улице возникали одновременно сексуальный драйв и драйв тревоги, связанный с ее замужним статусом. Сильное физиологическое возбуждение вызывало страх умереть. Выходом из конфликта оказались невротические симптомы агорофобии — избегание выхода на улицу в одиночестве. Такое моделирующее представление о психической патологии весьма близко к психоаналитической модели тревожных расстройств.

Развитие методологического бихевиоризма, т. е. акцентирование промежуточных переменных привело к разработке моделей патологии, основанных на *теории атрибуции и атрибутивного стиля*. Эти концепции по сути уже являются когнитивными.

Модель выученной беспомощности М. Селигмена была реформирована на когнитивной основе (Abramson L., Seligman M.,

Teasdale J. — 1978). К модификации исходной модели привели исследования выученной беспомощности, проведенные на людях. Для объяснения феноменов человеческого поведения была введена «предметная добавка» в виде промежуточных переменных. Оказалось, что у людей эффект столкновения с неконтролируемыми событиями напрямую зависит от того, как они интерпретируют эти события (Hiroto D. — 1974). Эта модель описывает не только механизмы депрессивного поведения, но и механизмы депрессивного переживания, включающие *мотивацию* и *атрибуцию*. Согласно этой модели, опыт выученной беспомощности на когнитивном уровне ведет к формированию ожидания такого же развития событий в других ситуациях.

Чем выше субъективная уверенность в негативном развитии событий и собственной невозможности повлиять на него, тем более выраженными будут дисфункциональные реакции, соответствующие депрессивной симптоматике. В этом процессе решающую роль играет характер *каузальной атрибуции* — или интерпретации причин происходящего. Согласно обобщающим работам Б. Вайнера (Weiner B. — 1992), можно выделить следующие параметры атрибутивного стиля человека: а) глобальная или специфическая трактовка причин; б) представление о причинах как о стабильных или варьирующих; в) наконец, отнесение причин к собственной личности или к внешнему миру (интернальный или экстернальный характер атрибуции). Для депрессивного атрибутивного стиля характерно представление о причинах негативных явлений как глобальных и стабильных, причины неудач при этом локализуются в собственной несостоятельности, а успехов — во внешних обстоятельствах. Результатом такой атрибуции является ощущение собственной беспомощности и неэффективности.

Близкой по смыслу является *теория личностной эффективности* А. Бандуры, согласно которой важнейшим компонентом образа себя является представление о собственной эффективности. Сюда относится представление о своей способности организовать и выполнить работу, преодолеть трудности и барьеры на пути к поставленной цели. Представление о собственной эффективности он рассматривал в качестве промежуточной переменной, которая во многом определяет поведение человека, в том числе нарушения поведения. Недостаточная уверенность в собственной эффективности является причиной постоянного эмоционального стресса в виде негативных мыслей (не справлюсь, не смогу) и чувств (тревога, тоска), что в конце концов ведет к реальному снижению достижений. Причиной снижения личностной эффективности может быть неудачное родительское моделирование (низкая эффективность и уверенность в себе у родителей), а также завышенные требования родителей, недостаток позитивного

успешного опыта, формирующие у ребенка концепцию собственной несостоятельности.

Важнейшим понятием, которое вводит А. Бандура, является понятие «саморегуляция». В основе саморегуляции поведения лежат *стандарты* и связанный с ними *уровень притязаний*. Так, в экспериментах А. Бандуры и его сотрудников дети, которым предъявлялись модели, устанавливающие высокие стандарты, одобряли свои действия только в случае их превосходного выполнения, а дети, которым показывали модели, вознаграждающие себя за маленькие достижения, научались поощрять себя за небольшие успехи. Обсуждая дисфукциональные системы самооценки, А. Бандура отмечал, что «в своих крайних формах завышенные стандарты самооценки могут породить депрессивные реакции, хроническую нерешительность, ощущение собственной неполноценности и недостаточную целеустремленность» (Бандура А. — 2000. — С. 197). Далее он указывает на необходимость в этих случаях такой психологической помощи, которая «способствует точному самонаблюдению, формированию реальных субцелей для позитивной самооценки и самовознаграждению ради достижимых свершений» (там же. — С. 197).

А. Бандура указывал на такой механизм саморегуляции, как наши представления о своей эффективности, — *самоэффективность*, однако при этом ввел и такое понятие, как реальная эффективность, отметив, что переоценка своей эффективности в определенных ситуациях чревата разочарованием и дезадаптацией. Наконец, внутренние *самоподкрепления* (в виде самоподбадривания, похвалы самому себе и т. п.) он считал более важными, чем внешние подкрепления, для успешного осуществления тех или иных задач.

Эта концепция дала толчок многочисленным исследованиям различных психических расстройств, которые подтвердили наличие низкой личностной эффективности при депрессиях, тревожных расстройствах, нарушениях пищевого поведения, зависимостях (Maddux J. — 1995). Психические расстройства возникают вследствие «нереалистичных ожиданий относительно собственного поведения и поведения других, недооценке или переоценке результатов и последствий, неспособности контролировать события и добиваться поставленных целей или чувства невозможности делать то, что для этого необходимо (и на что, как кажется, способны другие люди)» (Maddux J. — 1991. — P. 65).

Рассмотрим *концепцию локуса контроля* еще одного методологического бихевиориста Дж. Роттера. Эта концепция примыкает к двум вышеописанным концепциям М. Селигмена и А. Бандуры, так как тоже сфокусирована на характере атрибутивного стиля личности. Дж. Роттер одним из первых употребил термин «социальное научение» и был еще более ярым ревизионистом

бихевиоризма, чем А. Бандура. Вместе с ним он дал важнейший толчок к переходу бихевиоризма на когнитивные рельсы. Дж. Роттер рассматривал человека как сознательное существо, способное влиять на собственные переживания. Предвидение результата своей деятельности, т. е. в терминах обусловливания отсутствие или наличие викарного (воображаемого) подкрепления, оказывает, согласно его концепции, важное регулирующее влияние на поведение.

Люди, которые верят, что подкрепление (положительный результат) зависит от их поведения, имеют, согласно Дж. Роттеру, *внутренний локус контроля*. Люди, которые считают, что подкрепление определяется только внешними факторами, имеют *внешний локус контроля*. Люди с внешним локусом контроля прилагают минимальные усилия для изменения ситуации, люди с внутренним локусом контроля принимают ответственность за свою жизнь и занимают активную позицию. Исследования показали, что люди с внутренним локусом контроля менее подвержены психическим и физическим заболеваниям, т. е. реже страдают депрессивными и тревожными расстройствами, а также сердечно-сосудистыми и гастероинтеральными заболеваниями. Они добиваются большего успеха в учебе и в социальной карьере. Дж. Роттер предполагал, что локус контроля закладывается в результате социального научения в детстве. Как оказалось, родители детей с внутренним локусом контроля были более щедрыми на похвалу и поддержку, последовательными в своих требованиях, но не авторитарными.

Еще одним представителем методологического бихевиоризма, опирающимся на социальную когнитивную теорию А. Бандуры, является А. Лазарус, отошедший от позиций радикального бихевиоризма и разработавший концепцию мультимодальной психотерапии (Лазарус А. — 2001).

Информационный подход постулирует ведущую роль когнитивных процессов оценки стимулов в нарушениях эмоционального реагирования и поведения. Напомним, что в рамках этого подхода функционирование психики рассматривается как процесс решения задач. В соответствии с этим моделирующим представлением ***психическая патология рассматривается как различного рода дефицитарность в переработке информации***, ***затрудняющая эффективное решение разнообразных жизненных задач и проблемных ситуаций***.

Так, например, депрессивные пациенты характеризуются рядом дефицитов при решении проблем, возникающих в лабораторных условиях и сложных жизненных ситуациях — выдвигают малое количество альтернативных способов решения, низко оценивают свою способность контролировать ситуацию, избегают попыток прямого решения проблем, особенно в межличностных взаимодействиях (Nezu A., Nezu C., Perri M. — 1989). Подобные и другие дефициты отмечаются у людей с суицидальным поведением (Schmidtke A., Schaller S. — 1996), у больных шизофренией (Roder V. et al. — 1995), у детей с различными нарушениями поведения (Kazdin A. et al. — 1992). Таким образом, в рамках информационного подхода в качестве механизмов психической патологии рассматриваются разного рода дефекты когнитивного научения или когнитивных навыков.

Одну из первых информационных моделей психической патологии предложил Р. Лазарус. Это ***стресскопинговая модель, интегрирующая информационный подход и концепцию стресса Г. Селье*** (Lasarus R. — 1995). Стресскопинговая модель — один из наиболее известных вариантов так называемых диатезстрессовых концепций, согласно которым болезнь является результатом воздействия стрессора (неблагоприятного внешнего воздействия) на определенную уязвимость к болезни, или так называемый диатез. В качестве такого диатеза могут, в частности, выступать непродуктивные способы переработки информации. Нарушения адаптации, или в терминах Г. Селье дистресс, возникают, когда значимые отношения между человеком и миром оказываются под угрозой разрушения. Когнитивным процессам при этом отводится центральная роль, так как они ответственны за фильтрацию и оценку стимулов внешнего мира, что в конечном счете определяет субъективную оценку угрозы и эмоциональные реакции. Экспериментальная когнитивная психология эмоций приложила немало усилий для обоснования этого тезиса (Хекхаузен X. — 1986).

Р. Лазарус постулировал существование индивидуального диатеза, или уязвимости к психическим расстройствам, основанной на способах реагирования на стрессоры и на различных когнитивных дефицитах, затрудняющих процесс совладания. Эту уязвимость он рассматривал как результат наследственных влияний и онтогенетического развития, т. е. в формировании уязвимости существенную роль могут играть генетические биологические факторы и личная история жизни каждого человека. Переработка стресса осуществляется в виде многоступенчатых процессов когнитивной оценки различных ситуаций (*cognitive appraisal*) и совладания с трудностями (*coping*) (Lasarus R., Averill J. — 1972; Lasarus R., Folkman S. — 1984). Данная модель завоевала большую популярность и разрабатывалась позже многими другими исследователями. Она также нашла применение в практике когнитивно-бихевиоральной психотерапии (D'Zurilla T. — 1988).

Из всех когнитивных теорий психической патологии наиболее разработанной является концепция А. Бека, включающая когнитивные модели для самых разных форм психической патологии. Она знаменовала переход к интегративной конструктивистской ориентации. ***Когнитивная психотерапия А. Бека*** (Бек А. — 1998;

…др. — 2003) возникла на основе осмысления собственной …ной практики, а не являлась переносом полученных в ла…торных условиях схем на психическую патологию, подобно …огим другим когнитивно-бихевиоральным подходам. В резуль…тате наблюдений за своими пациентами А. Бек приходит к выводу о существенном влиянии на эмоциональное состояние человека подсознательных когнитивных процессов, протекающих в форме свернутой внутренней речи или образов, возникающих непроизвольно и не попадающих в фокус сознания. Эти процессы он называет ***автоматическими мыслями***.

Метод выявления и регистрации, автоматических мыслей можно уподобить методу свободного ассоциирования З. Фрейда, сделавшего психоанализ практически работающей системой. Разработав этот метод, А. Бек создал свой зонд в подсознание, в глубинные, находящиеся на периферии сознания процессы.

Уже в первых своих работах он отмечает, что при эмоциональных расстройствах (тоскливом, тревожном аффекте, повышенной раздражительности) автоматические мысли отличает ряд специфических особенностей: застойный персеверирующий характер, сопровождающийся сильным аффектом той или иной модальности. Основным механизмом возникновения таких мыслей являются разнообразные ***ошибки мышления***, ведущие к искажению реальности (поляризация, или мышление в терминах «все или ничего»; сверхобобщение, или возведение в правило частной ситуации; катастрофизация, или предвидение катастрофических негативных последствий без достаточных на то оснований; негативное селектирование, или выборочное восприятие негативных аспектов ситуации при игнорировании положительных; персонализация, или отнесение на свой счет различных негативных моментов без достаточных на то оснований и т. д.).

Человек предрасположен к этим ошибкам в силу существования определенных негативных когнитивных схем, касающихся себя и окружающего мира, которые сложились в прошлом. Актуализация таких схем при определенных провоцирующих стрессовых обстоятельствах приводит к разворачиванию искаженного когнитивного восприятия реальности, росту негативного аффекта и, в конце концов, может привести к эмоциональным расстройствам. Патологические когнитивные схемы характеризуются ригидностью и максимализмом, их застывшие структуры плохо корректируются в соответствии с новым опытом и обстоятельствами жизни.

Например, у больных паническими атаками нередко существует глубинное убеждение о своей повышенной уязвимости и подверженности болезням. Это убеждение могло сформироваться в результате травматического опыта, например присутствия при неожиданной смерти или болезни близкого человека. Данная схема актуализируется при определенных обстоятельствах (плохое функциональное состояние с вегетативными симптомами). Возникает автоматическая мысль: «Со мной что-то не так, я могу умереть». Мысль вызывает сильную тревогу и селективное сосредоточение на неприятных соматических ощущениях, которые в свою очередь способствуют резкому усилению вегетативных реакций в виде потоотделения, сердцебиения, головокружения и т. д. Это ведет к назойливым мыслям о близкой смерти и новому скачку тревоги, сопровождающемуся вегетативными симптомами. Таков когнитивный механизм панической атаки. Хронификация симптоматики в форме психического расстройства происходит, если когнитивная схема имеет ригидный и малодифференцированный характер, что соответствует глобальному когнитивному стилю, мало учитывающему конкретные обстоятельства.

Принцип умеренности в чувствах и полного контроля над ними является одним из основных в ***концепции рационально-эмотивной терапии*** (***РЭТ***) ***А. Эллиса***. Другой важный постулат этой концепции заключается в том, что в основе чрезмерно сильных (а значит деструктивных) чувств лежат иррациональные представления (*irrational beliefs*). Главными среди иррациональных установок являются иррациональные «долженствования» (***should's and must's***), когда человек принуждает себя к вещам, которые являются желательными, но не обязательными, а зачастую и просто невозможными. Это убеждения типа: «Я должен всегда быть на высоте», «Я никогда не должен ошибаться», «Люди должны всегда говорить правду, быть справедливыми» и т. д.

А. Эллис предложил формулу *ABC* для описания поведения, где *A* — активирующее событие, *B* — личные верования или способы оценки воспринимаемых событий, *C* — эмоциональные и поведенческие паттерны. Верования (*B*) играют центральную роль в этой схеме и в конечном счете определяют поведение (*C*). Нетрудно заметить сходство этой схемы с формулой методологического бихевиоризма *S—O—R*.

А. Эллис рассматривал тенденцию мыслить иррационально как врожденную особенность человека. В качестве еще одной врожденной особенности он выделял способность человека осмыслять собственное мышление (метакогнитивные процессы) и на этой основе изменять свои иррациональные представления на более конструктивные и реалистичные. На этой второй способности и строится рационально-эмотивная терапия (РЭТ).

Универсальной причиной иррационального мышления является «тирания долженствования», когда человек ригидно принуждает себя и других к следованию определенным стандартам и правилам. Любая вероятность отклонения от этих стандартов приводит к таким когнитивным оценкам ситуации, как катастрофизация, самоуничижение и отрицание своей личностной эффективности. Формулируя основное отличие РЭТ от других когнитивных подходов, А. Эллис указывает на особую важность выделения догма-

тических безусловных долженствований, отделения их от своих желаний и предпочтений и обучения тому, как отказаться от первых и учитывать вторые (Эллис А. — 2000). Философия долженствования рассматривается А.Эллисом как причина большинства психических нарушений. Соответственно в качестве основы здоровья полагается философия релятивизма, согласно которой «люди имеют большое количество желаний и предпочтений, но если они не будут превращать эти неабсолютные ценности в грандиозные догмы и требования, то они не будут психически болеть» (Dryden W., Ellis A. — 1988. — P. 227). Таким образом, абсолютистский когнитивный стиль, отсутствие гибкости и реалистичности выступают в качестве основного механизма психической патологии.

Концепции психической патологии А. Бека и А. Эллиса можно отнести к моделям когнитивного научения. В основе патологии, согласно этим моделям, лежат неадекватные когнитивные схемы, ведущие к искажениям в восприятии реальности. Эти концепции положили начало блоку современных подходов, обозначенных в данном учебнике как *когнитивный конструктивизм*. Когнитивные конструктивисты В. Гвидано и Дж. Лиотти акцентируют роль раннего опыта в психической патологии, их модели психической патологии во многом перекликаются с моделями теории объектных отношений. Ведущую роль в патологии они отводят незрелым когнитивным структурам и представлениям, связанным с различными отягощающими обстоятельствами ранних интерперсональных отношений.

* * *

Таким образом, бихевиоральные и когнитивные теории психических расстройств, начиная с пионерских работ Дж. Вольпе, А. Бека и А. Эллиса, в 1950—60-х гг. внесли значительный вклад в расширение знания о психических расстройствах и развитие методов психологической помощи. В рамках когнитивно-бихевиоральной традиции проведено больше всего исследований эффективности разработанных методов психотерапии. Когнитивная психотерапия признана методом первого выбора при лечении депрессивных и тревожных расстройств многими исследователями и практиками. Представители этой традиции также внесли существенный вклад в объяснение возникновения и разработку методов лечения расстройств, связанных со стрессом, соматоформных расстройств, нарушений пищевого поведения, разного рода зависимостей, личностных расстройств, шизофрении.

В развитии моделирующих представлений о психической норме и патологии отмечаются черты сходства с психодинамической традицией. Понятие «когнитивная схема» имеет явные черты сходства с понятием «объектных репрезентаций». Характеристики этих структур или моделей мира в норме и патологии также имеют черты сходства в обеих традициях, наибольшее значение имеют степень их дифференцированности и гибкости.

4.5. Основные теоретико-методологические принципы

Принцип объективности (*понятия*: *поведение*, *промежуточные переменные*). Предметом изучения в психологии является только то, что доступно объективному наблюдению, т.е. поведение. Согласно этому принципу, поведение включает лишь объективно наблюдаемые процессы. Дж. Уотсон относил к поведению как внешние действия, так и физиологические процессы в организме. Б. Скиннер придерживался еще более радикальных взглядов, ограничивая предмет психологии лишь внешне наблюдаемым поведением. Как уже было сказано, методологический бихевиоризм, основы которого были заложены Э. Толменом и К. Халлом, отходит от этого основного принципа радикального бихевиоризма и возвращает внутренние психические процессы в разряд подлежащих изучению явлений. Под промежуточными переменными понимаются все внутренние процессы, влияющие на поведение — потребности, эмоции, мотивация, когнитивные процессы. В период когнитивной революции центральными и главными, определяющими поведение, мотивацию и эмоции объявляются когнитивные процессы, которые рассматриваются как внутреннее поведение.

В когнитивной психотерапии А. Бека в предмет анализа наряду с поведением и когнитивными процессами включаются структурные образования психики — когнитивные схемы, которые недоступны наблюдению. Это представляет существенный отход от основного содержательного принципа бихевиоризма, за что когнитивную психотерапию не раз подвергали критике в рамках бихевиорального и информационного подходов.

Таким образом, отмечается переход от объективной регистрации непосредственно наблюдаемого поведения к реконструкции внутренних психических процессов и структурных образований психики. Сохранение верности принципу объективности выражается в эмпирической ориентации исследований с возможностью воспроизведения их результатов другими исследователями.

Принцип лабораторного (искусственного) моделирования поведения (*понятие*: *модификация поведения*). Этот принцип также является общим для представителей когнитивно-бихевиоральной традиции. Все их исследования основаны на допущении, что человеческое поведение можно моделировать в лабораторных условиях. Адекватной моделью человеческого поведения в традиции бихевиоризма является поведение животных. При этом предполагается, что закономерности поведения, полученные на животных в лабораторных условиях, аналогичны закономерностям поведения человека в жизни. Методологические бихевиори-

сты, в частности, А. Бандура, указали на принципиальную несводимость поведения человека к поведению животных.

Когнитивисты постулировали, что когнитивные процессы могут быть описаны с помощью кибернетических моделей переработки информации. Исследование процесса решения проблем и задач в лабораторных условиях стало реализацией обсуждаемого принципа в когнитивной психологии. Основатель когнитивной психологии У. Найсер одним из первых выступил с критикой этого принципа, подчеркнув необходимость изучения человеческого поведения и мышления в реальной жизни.

В современной поведенческой психотерапии, особенно при лечении детей с различными поведенческими расстройствами, широко используется прием исследования поведения в полевых условиях, для чего психотерапевты посещают семью и ведут видеосъемку, а также проводят детальный анализ реального поведения больного и его ближайшего окружения. Это позволяет выявить стимулы, запускающие поведение и способы подкрепления этого поведения, а затем перейти к модификации неадекватного поведения на основе моделей научения.

В когнитивной психотерапии А. Бека источником получения знаний является детальный феноменологический анализ реальных жизненных ситуаций и развертывающихся в них когнитивных процессов.

Таким образом, развитие когнитивной психологии и психотерапии идет в направлении разработки более сложных и менее механистических моделей, соединения лабораторных исследований с изучением мышления и поведения в реальной жизни.

Принцип или постулат непосредственности[1] (*понятия*: *рефлекс*, *оперант*). Согласно этому принципу, поведение человека по своей природе не активно, а реактивно, и непосредственно определяется внешними стимулами, т. е. происходит по схеме стимул — реакция ($S—R$). Поведение, таким образом, является полностью детерминированным извне. Радикальность в понимании детерминизма позволяет назвать этот принцип *принципом сверхдетерминизма*.

Иначе говоря, все поведение человека определяется стимулами, поступающими из внешней среды. Этот принцип отражает механистическое, линейное представление о причинности и является важнейшим, определяющим целый этап в развитии этой традиции. В классическом бихевиоризме Дж. Уотсона центральным понятием становится понятие «рефлекс». Рефлекс как непосредственный ответ, или реакция организма на стимулы из внешней

[1] Термин «постулат непосредственности» принадлежит Д. Н. Узнадзе, с его помощью он пытался подчеркнуть механистичность ряда психологических подходов.

среды, превращается в единицу анализа поведения. Поведение рассматривается как набор рефлексов разного уровня сложности. Например, рефлекс на время при просыпании можно использовать при формировании навыков утреннего туалета у ребенка, если сразу после просыпания следует процесс умывания и одевания и т. д.

Впрочем, наиболее полное выражение принцип сверхдетерминизма нашел в учении Б. Скиннера, который отказался от учета не только психологических, но и биологических факторов, опосредствующих влияние внешней среды, полностью сводя живой организм к черному ящику. Он утверждал, что все необходимое для понимания и модификации поведения содержится в воздействиях окружающей среды. Вместо понятия «рефлекс» он ввел понятие «оперант», понимаемое как определенная сумма реакций, которая сопровождается изменениями среды. Вероятность повторного возникновения этих реакций зависит от последствий, которые могут закрепить или, наоборот, способствовать угасанию данного комплекса реакций.

Методологический бихевиоризм отступает от постулата непосредственности, полагая в качестве важных детерминант поведения наряду с воздействиями внешней среды так называемые промежуточные переменные — внутренние когнитивные и мотивационные процессы. Центральным моделирующим представлением методологического бихевиоризма, призванным описать человеческое поведение, становится схема $S—O—R$. Хотя это и привело к несомненному усложнению представления о детерминантах поведения по сравнению со стимульно-реактивной схемой, данная формула не предполагала системного подхода. Однако этот этап неизбежно подготавливал следующий этап «сборки» разрозненных данных в определенную систему. Среди бихевиористов одним из первых против принципа линейного детерминизма выступил А. Бандура. Он предложил принцип реципрокного или взаимного детерминизма между человеком и средой.

В последних разработках когнитивной психологии и психотерапии все чаще звучат идеи системного подхода. Исследователи, опирающиеся на этот подход, отказываются от постулата непосредственности, выдвигая новый постулат — люди не реагируют непосредственно на окружающий мир, а реагируют на свои постоянно меняющиеся и развивающиеся репрезентации этого мира. Человек начинает рассматриваться как активно влияющий на свою окружающую среду, а отношения между ними предстают как отношения взаимовлияния. Фактически принцип линейного детерминизма заменяется принципом системного детерминизма.

Принцип ситуативного детерминизма (*понятия*: *обусловливающие ситуационные факторы*, *когнитивная схема*). Согласно данному принципу, вытекающему из постулата непосредствен-

ности, все необходимое для понимания и изменения поведения содержится в актуальной ситуации, а исторический анализ причин поведения затруднителен, ненадежен и излишен.

Принцип ситуативного детерминизма противостоит принципу исторического детерминизма в психоанализе. Для большинства представителей когнитивно-бихевиорального направления он является наиболее важным, так как позволяет до определенной степени сохранить принцип объективности исследования, в то время как исторический принцип предполагает необходимость реконструкции прошлого и представляет собой опасность скатывания в субъективные интерпретации.

А. Бек одним из первых обратил внимание на важность реконструкции прошлого опыта, как источника образования когнитивных схем. *Когнитивная схема* — это система убеждений разного уровня: от глобальных, базисных, касающихся себя самого и окружающего мира в целом, до промежуточных, связанных с определенным типом ситуаций. Без исторической реконструкции необходимость перестройки дисфункциональных схем в процессе психотерапии, а значит, и изменения поведения, может встретить сильное сопротивление. Эта установка сближает когнитивную психотерапию А. Бека с психодинамическим подходом и является пунктом критики его концепции со стороны более консервативных представителей когнитивно-бихевиорального направления.

Представители новой, системной методологии когнитивисты-структуралисты В. Гвидано, Дж. Лиотти и М. Махони также настаивают на необходимости введения исторического принципа для понимания, анализа и изменения поведения. В этом они опираются на когнитивные теории развития Ж. Пиаже и Дж. Боулби. Их подход представляет собой значительное отступление от методологического бихевиоризма, основанного на принципах логического позитивизма. Отказ от ситуативного детерминизма и принятие принципа исторического детерминизма сближает новейшие когнитивно-бихевиоральные концепции и концепции постклассического психоанализа.

Принцип научения как основной механизм модификации поведения (*понятия*: *научение*, *навык*, *переработка информации*). Именно этот принцип служит объединяющим для всех бихевиористов, включая реформаторов. Первое, классическое, представление о научении было предложено Дж. Уотсоном в опоре на понятие условного рефлекса И. П. Павлова. Результатом научения является навык — определенный, устойчивый набор реакций. Однако, как было описано выше, разные представители бихевиоризма выделили и описали разные формы научения.

Когнитивное направление видоизменило этот принцип: поведение человека определяется характером переработки информации; за любым научением стоит процесс переработки информации, наряду с поведенческими навыками выделяются навыки переработки информации. Способность к переработке информации, согласно ряду представителей методологического бихевиоризма и информационного подхода, является врожденной.

А. Бек и А. Эллис сделали акцент на роли метакогнитивных процессов в модификации поведения. Метакогнитивные процессы направлены на осмысление и перестройку собственного мышления и являются важнейшим механизмом модификации поведения на основе саморегуляции.

Таким образом, принцип слепого научения в радикальном бихевиоризме заменяется принципом саморегуляции и самоизменения в когнитивно-ориентированной психотерапии.

* * *

Обобщая краткий обзор теоретико-методологических принципов когнитивно-бихевиоральной традиции, можно сделать следующий общий вывод. Позитивистски ориентированные принципы радикального бихевиоризма постепенно изменяются: от регистрации объективно наблюдаемого поведения к реконструкции внутренних процессов и структур, от моделирования поведения в строго контролируемых условиях к работе с реальными жизненными ситуациями, от ситуативного детерминизма к историческому. Как видно, происходит сближение с рядом положений психодинамической традиции. Представление о научении на основе линейного сверхдетерминизма, когда все поведение человека полностью определяется воздействием извне, начинает изменяться в сторону более сложного, включающего внутренние факторы, саморегуляцию и саморазвитие.

4.6. Исследовательские правила и процедуры

Способы получения знаний о психической норме и патологии в бихевиоризме диаметрально противоположны таковым в классическом психоанализе. Крайней субъективности аналитического метода противостоит предельная объективность и строгость бихевиорального. В основе такого подхода лежит *философия неопозитивизма*, *прежде всего операционализм и прагматизм*. Эти направления выступают за формализацию гносеологических проблем науки и построения ее на основе точных определений каждого понятия через определенный набор измерительных операций (отсюда термин «операционализм»), которые задают его количественно. Видный идеолог операционализма американский физик из гарвардского университета П. Бриджмен предлагал отбрасывать любые понятия, не имеющие твердой физической основы. Он опирался на принципы точных наук, отраженные в

емком тезисе М. Планка, согласно которому существует только то, что можно измерить. Для примера он приводил понятие длины, определяемое набором операций по ее измерению.

Бихевиористам особенно понравилось положение П. Бриджмена об отбрасывании псевдопроблем, т. е. тех проблем, которые не могут быть проверены объективными экспериментами. Тогда такие понятия, как «душа», не имеют никакого смысла для науки, так как душу нельзя операционализировать (описать через набор измерительных процедур) и наблюдать в лабораторных условиях. Однако споры вокруг полезности ограничения психологии чистой эмпирией не прекращались. Оказалось, что «сведение концепций исключительно к составляющим их операциям — это очень скучно. Никто не хочет возиться с этим без особой необходимости» (цит. по: Шульц Д., Шульц С. — 1998. — С. 311). Сам П. Бриджмен, в конце концов, иронизировал по поводу фанатичного увлечения психологов его концепцией. Вот что он писал спустя много лет: «Я чувствую, что создал Франкенштейна, который вырвался изпод моей власти. Мне ненавистно само слово “операционализм”. То, что я предвидел, оказалось слишком простым, чтобы назвать его столь претенциозным именем» (там же. — С. 311). Если же отбросить в сторону эту шутливую критику, в современной методологии науки существует большое количество работ, посвященных критическому анализу неопозитивизма и операционализма (Горохов В. Г. — 2003). Методологии операционализма противопоставляется принцип неразрывной связи теоретического и эмпирического уровня исследований (см. 2.2.).

По мере накопления знаний трудности объяснения поведения живых существ на основе простейшей стимульно-реактивной схемы, даже с включением промежуточных переменных, становились все более очевидными. Линейные механистические модели психической патологии на этой основе также не могли убедительно объяснить различные симптомы и расстройства. Перенос этих схем из условий лабораторного эксперимента в жизнь ставил вопросы, на которые далеко не всегда можно было найти ответ. Например, что считать стимулом в сложной жизненной ситуации, включающей множество раздражителей и компонентов, или что считать реакцией — все проблемное поведение в целом или какието его компоненты. Преимущество бихевиоризма перед психоанализом — экспериментальная фундированность и научная обоснованность — оборачивались проблемами при переносе результатов экспериментов в реальную жизнь.

Последовательная критика операционализма привела к тому, что число его приверженцев резко сократилось. Вместе с тем это был важный этап в становлении правил и процедур современных эмпирических исследований в психологии вообще и клинической психологии в частности. Установка на максимальную объективацию при изучении промежуточных переменных является наиболее определяющей для системы исследовательских правил методологического бихевиоризма и когнитивной психологии. Они оказали наиболее значительное влияние на исследования в клинической психологии. Влияние операционализма при исследовании промежуточных переменных выразилось в тенденции давать количественную оценку внутренним переменным — например, измерять уровень тревоги, депрессии, стресса, нейротизма, интроверсии и т. д. Это позволяло проводить детальные исследования взаимосвязи различных внутренних переменных, оценивать степень их влияния на поведение.

Три основных исследовательских правила в данной традиции — это надежность, валидность и репрезентативность исследования — вытекают из главного принципа — принципа объективности. Правило *надежности* отражает требования воспроизводимости данных исследования другими исследователями, стабильность и устойчивость данных исследования при его проведении в тех же условиях. *Валидность* отражает степень уверенности в том, что мы измеряем именно те явления и параметры, которые были предметом исследования. Например, исследование уровня депрессии с помощью опросника требует подтверждения валидности этого опросника — соответствия данных, полученных с помощью опросника, результатам диагностики уровня депрессии на основе общепринятых клинических критериев. *Репрезентативность* отражает возможность экстраполяции результатов исследования ограниченной группы на других представителей данного контингента. Например, репрезентативность связана с возможностью отнесения результатов исследования больных шизофренией, проведенного на ограниченном числе испытуемых, на других людей, страдающих этим заболеванием.

Исследовательские процедуры бихевиоризма во многом определялись принципом моделирования. В соответствии с последним принципом основные исследования в бихевиоризме проводились в лабораторных условиях в виде психологических экспериментов с животными. Развитие моделей научения и, соответственно, моделей нормы и патологии в бихевиоризме связано с изменением исследовательских правил и процедур проведения этих экспериментов.

Поскольку главная задача психологии, согласно Дж. Уотсону и другим бихевиористам, заключается в выявлении причин поведения с целью прогнозирования и управления, основным методом исследования в этой традиции является *эксперимент* — единственный метод, который может надежно выявлять причинно-следственные связи.

Бихевиористов можно по праву считать наследниками научной экспериментальной психологии. Основные процедуры и прави-

ла проведения психологического эксперимента были описаны Р. Вудвортсом еще в начале прошлого века, а в 1938 г. обобщены в его знаменитой книге «Экспериментальная психология», получившей название Колумбийской библии. Суть экспериментального исследования заключалась в создании таких условий, которые позволят сделать надежные выводы относительно влияния определенных факторов на поведение. Факторы, влияние которых исследуется, получили название *независимых переменных. Зависимые переменные* — это те особенности поведения, на которые, согласно гипотезе эксперимента, влияют независимые переменные. Главная задача эксперимента — минимизировать влияние других возможных факторов, чтобы изменения зависимой переменной можно было трактовать как следствие влияния независимой.

Модель классического научения возникла на основе экспериментов И. П. Павлова по изучению слюноотделительного рефлекса собак, фиксированных в специальном станке. Такая ситуация позволяла строго контролировать все условия эксперимента и, варьируя время, интенсивность и способы предъявления раздражителей (независимые переменные), изучать изменения в реагировании (зависимые переменные) и выводить законы формирования условных рефлексов. В экспериментах Э. Торндайка, а затем и Б. Скиннера, животное может двигаться с определенной степенью свободы в специально оборудованном ящике. Научение животного новым навыкам в таких условиях, когда подкрепляются нужные реакции, получило название оперантного обусловливания. Закон эффекта был сформулирован Э. Торндайком в результате открытия того факта, что из случайных хаотичных движений кошек, пытавшихся выбраться из проблемного ящика, чаще воспроизводились и наконец закреплялись те движения, которые приносили успех. Б. Скиннер, варьируя подкрепление (выдача пищи) и наказание (удары током) в качестве независимых переменных, исследовал законы научения. При этом в качестве зависимой переменной выступала частота появления нужной реакции (например, нажатие на рычаг).

Как радикальные, так и методологические бихевиористы в качестве основной экспериментальной процедуры использовали так называемые *планы с малым N* — проведение экспериментов с участием небольшого количества (а иногда одного-двух) экспериментальных животных или испытуемых (Гудвин Д. — 2004). Э. Торндайк сам построил несколько разных экспериментальных ящиков для кошек, из которых они должны были искать выход. Как уже говорилось, он зафиксировал, что после каждого успешного решения задачи вероятность появления адекватных движений, направленных на освобождение из клетки, увеличивалась. Это открытие было сделано на небольшом количестве подопытных

животных, но рассматривалось как универсальный закон научения — закон эффекта. Дж. Уотсон проводил свои знаменитые эксперименты по формированию реакций страха с маленьким Альбертом, т. е. на основе плана с $N = 1$, ограничиваясь только одним испытуемым.

Принципиальным сторонником такой стратегии был также и Б. Скиннер. Он считал, что общие закономерности поведения можно открыть, достаточно долго и упорно исследуя поведение одного-единственного животного. В экспериментальном анализе поведения, согласно Б. Скиннеру, наиболее важной, если не единственной зависимой переменной, которую стоит изучать, является частота реакции. Поскольку в бихевиоризме ставилась задача предсказывать поведение и управлять им, основной интерес исследователей сосредоточивался на том, при каких условиях и с какой частотой будет появляться тот или иной тип поведения. Чтобы предсказать поведение или управлять им, необходимы всего три вещи: 1) определить ситуацию, в которой возникает реакция; 2) определить саму реакцию; 3) выявить подкрепляющие последствия. Широкую известность получил проблемный ящик Б. Скиннера. В нем положительным подкреплением являлось попадание пищи в кормушку, для чего крыса должна была нажать на рычаг. Отрицательным последствием или наказанием мог быть короткий электрический разряд, подаваемый на решетку пола, где расположен рычажок. Положительное подкрепление увеличивало вероятность нажатия на рычаг в будущем, отрицательное последствие или наказание — уменьшало.

Широкую известность получила так называемая *скиннеровская экспериментальная процедура АБА*. Буквы в этой аббревиатуре обозначают последовательность стадий или фаз. Данная экспериментальная процедура проводится с одним испытуемым (животным или человеком), т. е. в соответствии с планом $N = 1$. Сравнивается поведение одного и того же испытуемого в разных экспериментальных условиях. На первой стадии (*А*) наблюдается поведение испытуемого до воздействия той переменной, влияние которой необходимо проверить, и фиксируется частота интересующего поведения (например, нажатий на рычаг). На второй стадии (*Б*) вводят новую переменную (например, пищевое подкрепление или удары током) и фиксируют, как изменяется частота исследуемой реакции. Затем воздействие прекращается (возврат к стадии *А*) и проводится наблюдение за изменением в поведении испытуемого, т. е. оценивается динамика частоты появления исследуемой реакции или формы поведения.

Методологические бихевиористы оспаривали многие выводы Б. Скиннера, остроумно меняя экспериментальные процедуры. Эксперименты Э. Толмена с модификацией условий достижения определенной цели в проблемном ящике позволили доказать, что

в процессе научения важную роль играет не только подкрепление, но и промежуточные переменные, в том числе когнитивные процессы. Животное не просто механически заучивает определенный набор движений, но формирует образ лабиринта, который Э. Толмен назвал когнитивной картой.

К. Халл и его последователи в качестве промежуточных переменных рассматривали драйвы — внутренние стимулы (этот же термин в психоанализе употребляется как аналог термина «влечение»), различая первичные, или врожденные (голод, боль, сексуальное возбуждение), и приобретенные, или вторичные, драйвы (возникающие на основе связи с первичными драйвами). Страх и тревогу рассматривали как вторичные драйвы, связанные с первичным драйвом боли. Страх и тревога могут быть решающими стимулами в поведении избегания, ведущем к редукции исходного возбуждения. Поведение, которое приводит к редукции возбуждения, закрепляется, таким образом происходит инструментальное научение. Типичная экспериментальная процедура исследования этого типа научения — варьирование состояния внутреннего возбуждения — драйва (степень голода у животного) и количество пищевого подкрепления.

Еще одной экспериментальной процедурой для определения влияния той или иной переменной стало *использование контрольных групп*. Большую популярность получили так называемые *триадные эксперименты* на основе оперантного обусловливания.

В этих экспериментах принимали участие три группы животных. Эксперименты состояли из двух серий. В первой серии участвовали две группы животных, для которых создавались полностью идентичные условия за исключением одного-единственного параметра, или так называемой переменной, влияние которой и было предметом исследования. Третья группа вообще не подвергалась никакому воздействию. У одной, так называемой экспериментальной, группы формировалось определенное поведение, а две другие выступали в качестве контрольных. Во второй серии принимали участие все три группы. Разница в поведении животных из разных групп связывалась с влиянием исследуемой переменной. С помощью триадного эксперимента М. Селигмен открыл и описал феномен выученной беспомощности и разработал бихевиоральную модель депрессии (см. 4.4).

Механизмы социального научения были описаны А. Бандурой с помощью *процедуры социального моделирования* — при изучении поведения людей в условиях наблюдения за так называемой моделью (человеком, демонстрирующим тот или иной стиль поведения в конкретной ситуации). А. Бандура пользовался экспериментальной процедурой с управляемыми переменными. Так, чтобы исследовать роль социального моделирования в формировании тревожного, агрессивного поведения или способности к самоподкреплению, он делил детей на группы и предъявлял этим группам разные модели поведения. После этого фиксировались изменения в их поведении в аспекте влияния основной изучаемой независимой переменной (социального моделирования) на зависимую (соответствующие параметры поведения детей). Эти эксперименты, в частности, показали, «что эмоциональные реакции в равной степени усваиваются как на основе личного опыта, так и путем наблюдений. Многие трудно устранимые страхи порождаются не личным болезненным опытом, а наблюдением за тем, как другие со страхом реагируют на пугающие явления или травмируются ими. Точно так же оценки мест, людей или вещей часто проистекают из наблюдений за действиями и взаимоотношениями людей, служащих моделями поведения» (Бандура А. — 2000. — С. 98—99).

Для исследования влияния субъективных (промежуточных) переменных в методологическом бихевиоризме использовались разные типы процедур. Первая процедура подразумевала *подбор групп*. Так как при исследовании субъективных переменных (таких как уровень тревожности или личностной самоэффективности) экспериментатор не имеет возможности управлять ими непосредственно, он отбирает людей для эксперимента на основании присущих им свойств. Например, для изучения влияния уровня тревожности на поведение он может сформировать группу с высоким и низким уровнем тревожности. Поскольку полное уравнивание групп по всем остальным признакам представляется невозможным, всегда остается вероятность, что разница в поведении участников обеих групп связана с влиянием каких-то других параметров исследуемой группы.

В целом при проведении такого рода исследовательских процедур полагалось, что если целенаправленное изменение исследуемой субъективной переменной приводит к изменению поведения в ожидаемом направлении, то поведение с большей вероятностью можно связать с ее воздействием. Воспроизводимость полученных результатов другими исследователями обеспечивает надежность данных.

Приведем в качестве еще одного примера изучение влияния такой переменной, как качество коммуникаций в семье на течение шизофрении — тяжелого психического заболевания. В семьях с высоким уровнем негативных эмоций, выражаемых в адрес больного, частота приступов болезни оказалось значимо выше по сравнению с семьями, где уровень экспрессии негативных эмоций был низким. Однако оставалось непонятным, какова связь между этими переменными — негативной эмоциональной экспрессией и частотой приступов. Для подтверждения гипотезы о том, что именно негативная экспрессия провоцирует приступы, а не наоборот, провели интервенционное исследование.

Группу с высоким уровнем негативной эмоциональной экспрессии разделили на две подгруппы, при этом в одной подгруппе проводилась психологическая работа по снижению негативной эмоциональной экспрессии, а в другой такой работы не проводилось (негативная эмоциональная экспрессия оставалась на высоком уровне). При наблюдении больных в течение года оказалось, что в группе, где удалось добиться снижения негативной эмоциональной экспрессии, приступы болезни наблюдаются в два-три раза реже. Эти результаты были получены исследователями в разных странах. Высокая надежность данных о влиянии качества коммуникаций в семье на течение шизофрении существенно повлияла на практику помощи этим больным. Конечно, следует помнить, что таким исследованиям с большим количеством испытуемых предшествовали наблюдения психотерапевтов и исследователей за отдельными больными и их семьями (качественный анализ), это позволило сформулировать гипотезу о влиянии семейных коммуникаций на течение болезни, а затем операционализировать понятие негативной эмоциональной экспрессии и провести надежные количественные исследования.

В бихевиоральной психотерапии широкое распространение получила такая исследовательская процедура, как *диагностика поведения в полевых условиях, или АВС-диагностика*. Смысл этой процедуры заложен в самой аббревиатуре, где *A* (*antecedent*) — условия, предшествующие поведению, *B* — (*behavior*) — само поведение, *C* — (*consequences*) — последствия данного поведения. Такие процедуры получили особенно широкое распространение в работе с различными нарушениями поведения у детей. Психотерапевт приходит в семью и там проводит детальное изучение нежелательного поведения. При этом тщательно фиксирует поведение ребенка и его ближайшего окружения. Отмечает, что предшествует нежелательному, например самоповреждающему, поведению у ребенка; в чем именно выражается это поведение (например, бьется головой о стену); что делают в этом случае родители (например, пытаются успокоить ребенка, выполняя его требования). Меняя поведение родителей, психотерапевт вызывает изменения в поведении ребенка.

Общие исследовательские правила когнитивно-бихевиорального направления — тщательное фиксирование поведения животных и людей в различных проблемных ситуациях с контролируемым варьированием условий — позволяли выявлять различные закономерности научения, а также роль той или иной переменной или фактора. В клинической психологии важной экспериментальной процедурой стало использование контрольных групп, в качестве которых часто выступают здоровые испытуемые.

Наиболее распространенной моделью эксперимента в когнитивной психологии, так же как и в бихевиоризме, было изучение

процессов выполнения различных заданий с варьированием переменных.

Для изучения влияния когнитивных процессов на поведение людей широко использовались ложные инструкции, формирующие определенное ви́дение ситуации. Примером могут служить эксперименты Р. Лазаруса, направленные на доказательство ведущей роли когнитивных факторов в возникновении тех или иных эмоциональных реакций. В экспериментах принимали участие три группы испытуемых, которым давались разные инструкции перед просмотром фильма крайне неприятного содержания (несчастные случаи на лесопилке). Две группы получали инструкцию, которая позволяла им рационализировать неприятные сцены (например, говорилось, что это всего лишь съемка артистов, а не реальные ситуации). Третья группа никак не готовилась к просмотру. Сила эмоциональных реакций в трех группах была существенно различной. Значительно более сильной оказались эмоциональные реакции в неподготовленной группе, ориентированной на реальность происходящего, что служило доказательством определяющего влияния когнитивных факторов на эмоциональное состояние.

Наряду с экспериментом значительное распространение получил *корреляционный анализ, устанавливающий связи между различными переменными*. Однако в отличие от эксперимента эти исследования не позволяли с уверенностью говорить о причинно-следственных связях. В них устанавливались отношения между определенными характеристиками процесса решения задач и внутренними переменными (например, локусом контроля, самоэффективностью и т. п.). Различные характеристики когнитивного стиля соотносились с разными видами психической патологии. Таким образом, получалась дифференцированная картина нарушений и их механизмов, позволявшая обоснованно наметить мишени психологической помощи. Наряду с корреляционным анализом применялись и применяются другие *методы математического анализа — факторный, регрессионный* и др.

Для проведения корреляционных исследований в настоящее время широко используются опросники разной направленности: измеряющие выраженность различных личностных характеристик, атрибутивного стиля, типов мотивации и т. д. При создании этих опросников широкое распространение получали математические методы, позволяющие обеспечить такие характеристики опросников, как валидность и надежность. Большая выраженность различных характеристик при той или иной форме психической патологии по сравнению с контрольной группой здоровых испытуемых позволяла выдвинуть гипотезы о роли данной характеристики в возникновении изучаемого расстройства.

Например, ретроспективные отчеты испытуемых указывали на важную роль семейных дисфункций (в виде, например, нарушенных ком-

муникаций) для возникновения различных форм психической патологии. Так, пациенты, страдавшие депрессивными расстройствами, в сравнении со здоровыми испытуемыми значимо чаще указывали на высокий уровень критики и дефицит эмоционального тепла со стороны родителей по сравнению со здоровыми испытуемыми. Однако необходимо было доказать, что речь идет о влиянии семейных дисфункций на развитие депрессивного расстройства, так как подобный самоотчет мог являться следствием депрессивного взгляда больных на свою родительскую семью. Для этого использовались дополнительные процедуры: опрос здоровых экспертов, хорошо знакомых с семьей, повторное тестирование больных депрессией после выздоровления и т.д.

Для проверки гипотез, касающихся влияния тех или иных психологических факторов на психическое здоровье, в современной клинической психологии также проводятся сложные *процедуры лонгитюдных исследований* — отслеживаются когорты испытуемых, у которых фиксируется выраженность характеристик, влияние которых на психическое здоровье подлежит проверке. Затем определяется частота, с которой носители данных характеристик заболевают тем или иным психическим расстройством.

Так, например, было установлено, что дети матерей, больных шизофренией, помещенные в приемные семьи, с большей вероятностью впоследствии страдают этим заболеванием, в отличие от детей психически здоровых матерей, помещенных в приемные семьи. Вместе с тем оказалось, что в неблагополучных приемных семьях с нарушенными коммуникациями вероятность возникновения болезни у детей из группы риска выше, чем при условии их помещения в благополучные семьи. Подобные лонгитюдные исследования позволяли выявлять роль биологических и средовых факторов в возникновении болезни.

Несомненной заслугой когнитивно-бихевиоральной традиции является рост числа исследований психологических факторов (промежуточных переменных) в виде особенностей личности, мотивации, семейных взаимоотношений, которые оказывают влияние на психическое здоровье и предрасположенность к тем или иным психическим расстройствам. И хотя все эти исследования не увязываются в целостную теоретическую картину, собран очень богатый эмпирический материал, который дал толчок к выделению мишеней психологической помощи, а также поставил профессионалов перед необходимостью его осмысления и дальнейшего развития психологической теории.

В рамках информационного подхода изучались также нарушения когнитивных функций (памяти, внимания, восприятия, мышления) при различных психических расстройствах. Эти исследования позволили выделить различные когнитивные дефициты, разработать стратегии их компенсации, развить психологические модели психических расстройств, дали богатый материал для теоретического осмысления и разработки дальнейших гипотез.

Самоотчетные листы и опросники, позволявшие выявлять характер оценки событий, их атрибуцию и эмоциональную и поведенческую реакцию на них носили ретроспективный характер, поэтому, как уже отмечалось, закономерно возник вопрос об искажении оценок. В современных исследованиях была поставлена задача создания *особых процедур, позволяющих давать оценки не ретроспективно, а максимально приближенно к реальной ситуации*. Чтобы минимизировать искажения, приписываемые ретроспективным отчетам, испытуемые снабжались опросниковыми листами, которые они должны регулярно заполнять (до нескольких раз в день), при этом для удобства использовались мини-компьютеры. Такие эксперименты проводились в рамках стресскопинговой модели Р. Лазаруса для изучения влияния повседневных стрессоров и факторов, способствующих и препятствующих совладанию с ними (Perrez M., Reicherts M. — 1992).

Существенные изменения оперативных правил когнитивно-бихевиоральной традиции были связаны с возникновением когнитивно ориентированной психотерапии А. Бека и А. Эллиса. Многие теоретические положения они разработали на основе собственной психотерапевтической практики в процессе феноменологического анализа депрессивных и тревожных расстройств. Феноменологический анализ становится основой для выдвижения гипотез и построения теоретических моделей А. Бека и А. Эллиса. В последние годы А. Бек и сотрудники института Когнитивной психотерапии в Филадельфии прикладывают много усилий для систематического эмпирического обоснования когнитивных моделей различных психических расстройств и выделения мишеней психологической помощи этим пациентам. Таким образом, исследования психической патологии в рамках когнитивной терапии органично соединяют феноменологический и эмпирический методы.

* * *

В заключение отметим, что преимущественная концентрация исследований в когнитивно-бихевиоральной традиции на отдельных факторах имела свою положительную сторону в виде отработки изощренных исследовательских процедур, позволяющих дифференцировать влияние разных переменных. Эта традиция оказала существенное влияние на развитие и трансформацию исследовательских правил и процедур в рамках других подходов — психодинамического и экзистенциально-гуманистического.

Вклад когнитивно-бихевиоральной традиции в становление научной психологии, а также в разработку проблемы психической нормы и патологии весьма велик. Здесь были отработаны исследо-

вательские правила и процедуры, ставшие доминирующими в современной клинической психологии. Сторонники радикального бихевиоризма в настоящее время остались в явном меньшинстве, когнитивные процессы прочно вошли в предмет изучения данной традиции. А. Бандура одним из первых обратил внимание на важность механизмов саморегуляции в человеческом поведении, которые вышли на первый план в когнитивной психотерапии. Следует отметить выраженный интегративный характер разработок представителей когнитивной психотерапии, которые сочетают идеи психодинамической и когнитивно-бихевиоральной традиций, а также феноменологические и эмпирические методы исследования психической патологии.

Контрольные вопросы и задания

1. Какие модели научения вам известны? Назовите сами модели и их авторов. Раскройте содержание и опишите исторические условия возникновения этих моделей.
2. На каких моделях научения основана концепция выученной беспомощности М. Селигмена ? Концепция патологической тревоги Г. Айзенка? Концепция неврозов Дж. Долларда и Н. Миллера?
3. Кем были предложены понятия «личностная эффективность» и «локус контроля»? Каково значение этих понятий для понимания условий и механизмов нормального развития и возникновения психической патологии в методологическом бихевиоризме?
4. Как меняются моделирующие представления о механизмах возникновения психической патологии в когнитивной психологии по сравнению с бихевиоризмом?
5. В чем суть принципа ситуативного детерминизма? Какому теоретико-методологическому принципу психодинамической традиции противостоит этот принцип?
6. Как изменяются представления о детерминизме в процессе развития рассматриваемой традиции от радикального бихевиоризма к интегративно-ориентированным моделям?
7. С каким философским направлением связан операционализм и в чем его суть? В чем состоит отличие операционализма от герменевтического метода?

Рекомендуемая литература

Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб., 2003.— С. 13—15; 16—27.

Найсер У. Что такое когнитивная психология? / под ред. П. Я. Гальперина и А. Н. Ждан. — М., 2003.

Первин Л., Джон О. Психология личности. — М., 2000. — С. 72—83; С. 327—371; С. 430—485.

Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность: в 2 т. — М., 1986. — Т.2. — С. 112—136.

Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия // Основные направления современной психотерапии: учебное пособие / под ред. А. М. Боковикова. — М., 2000. — С. 224—265.

Дополнительная литература

Скиннер Б. Ф. Оперантное поведение // История психологии XX века: Хрестоматия / под ред. П. Я. Гальперина и А. Н. Ждан. — М., 2003.

Холл К., Линдсей Г. Теории личности. — М., 2000. — С. 451—503; С. 509—543.

Уотсон Дж. Психология как наука о поведении // Психология личности в трудах зарубежных психологов / Сост. А. А. Реан. — СПб., 2000. — С. 149—165.

Шульц Д., Шульц С. История современной психологии. — СПб., 1998. — С. 247—345; С. 481—497; С. 309—344.

Экзистенциально-гуманистическая традиция

5.1. Исторический контекст развития

Как видно из предшествующего параграфа, бихевиоризм, когнитивная психология и психотерапия объединяются в одну традицию, несмотря на существенные различия между бихевиоральным и когнитивным подходами. Также с определенной степенью условности можно объединить экзистенциальное и гуманистическое направления в психологии и психотерапии в одну традицию. Экзистенциальная психология возникла в Европе и дала толчок к развитию гуманистической психологии в США, поэтому эти две школы имеют как черты сходства, так и существенные различия.

Признанным предтечей экзистенциальной психологии считается датский христианский философ первой половины XIX в. **Сёрен Кьеркегор**. Свои взгляды он развивал в оппозиции к рационалистической философии. Созданный им образ человека «был призван преодолеть узкорационалистические традиции в этике, учесть “многослойность” внутренней жизни духа, продемонстрировать ее драматизм и развенчать просветительские иллюзии о гармоничном развитии личности, постепенно накапливающей все более положительные свойства» (Исаев С.А. — 1993. — С. 11).

Экзистенциальная философия и психология, опирающиеся на идеи С. Кьеркегора, возникли в первой половине XX в. Их представители противостояли редукционистским моделям, господствовавшем в психологии этого периода, и в первую очередь — учению о человеке как движимом биологическими инстинктами, которое развивалось ранее в классическом психоанализе. В то время многие западные философы видели во фрейдизме прямую угрозу духовным ценностям. Не менее критическое отношение вызывал радикальный бихевиоризм, сводивший все богатство внутренней жизни человека к механически заученным поведенческим реакциям. Однако оппозиция нуждалась в альтернативной методологии изучения психической жизни.

Направленная на познание жизни духа описательная психология В. Дильтея и Э. Шпрангера, а также феноменология Э. Гуссерля и

М. Шелера стали еще одним идейным источником европейской экзистенциальной философии и психологии, поэтому нередко эту традицию называют *феноменологической философией и психологией*. В этом названии содержится указание на основной метод исследования психического в рамках данного направления.

Наконец, наиболее важными для становления экзистенциальной психологии являются философские труды **Мартина Хайдеггера**. Его взгляды формировались в трагический для Европы период между двумя мировыми войнами, когда вера в науку, в разум и возможность разумной организации жизни общества была подорвана чудовищными проявлениями человеческой агрессии и жестокости. Особую важность представляет его труд «Бытие и время», вышедший в 1927 г., из которого было почерпнуто множество определяющих для экзистенциальной психологии понятий. Особо следует отметить понятие «*Dasein*» (дазайн), выражающее сущность человека, неразрывно связанного с миром, которое переводится на русский язык словосочетанием «здесь бытие» или «бытие-в-мире». *Трансценденция*, или выход за пределы наличного бытия в будущее, т.е. самопроектирование, является еще одним ключевым понятием этого направления. Сам М. Хайдеггер считал некорректным перенесение этих философских понятий непосредственно в психологическую работу, однако его последователи пренебрегли этим предостережением.

Одним из наиболее известных сторонников феноменологического метода в психиатрии является немецкий врач-психиатр **Карл Ясперс**, предпринявший первую серьезную попытку феноменологического описания внутреннего мира больного человека. Определяющее значение для приложения феноменологического подхода к психической норме и патологии имели труды Э. Гуссерля, одного из главных основателей *феноменологии*, которую он определял как «науку о чистых феноменах» (Гуссерль Э. — 1992. — С. 142). Под влиянием его идей в 1913 г. появляется фундаментальный труд К. Ясперса «Общая психопатология», который до сих пор в литературе нередко называют «священной коровой психиатрии». Этот труд был написан в оппозиции к биологически ориентированной психиатрии Э. Крепелина, рассматривавшей психическую жизнь душевнобольного как эпифеномен биологических процессов в головном мозге (см. 2.1). Не стоит, однако, забывать, что К. Ясперс противостоял также и вульгарной, механистической «психологизации» наблюдаемых феноменов. Ему принадлежит наиболее полное систематическое описание феноменов внутреннего опыта психически больного через глубокое непосредственное проникновение и погружение в него, т.е. на основе феноменологического метода.

К. Ясперса часто ошибочно относят к радикальным сторонникам этого метода, отрицающим правомерность и ценность всех остальных подходов к изучению человеческой психики. На самом

деле он один из первых заговорил о неразрывной связи понимающей психологии как методе исследования души с объяснительным подходом: «1. Осуществляя проникновение в сферу психического, мы *посредством эмпатии* (*вчувствования*) *генетически понимаем*, каким образом одно событие психической жизни проистекает из другого. 2. На основании многократно повторяющегося опыта мы обнаруживаем, что те или иные факты находятся в регулярном взаимодействии, и это дает возможность *их объяснения в терминах причинности*» (Ясперс К. — 1997. — С. 367). Наряду с феноменологией и понимающей психологией К. Ясперс рассматривал данные объяснительной психологии и биологических подходов, пытаясь обосновать необходимость всех видов исследования: «И все же, когда мою книгу относят к феноменологическому направлению или к понимающей психологии, это справедливо лишь наполовину. Моя книга шире отдельных направлений: она разъясняет методы, подходы, исследовательские направления психиатрии вообще» (там же. — С. 21).

К. Ясперс выступал против примитивной редукции сложных феноменов душевной жизни как к биологическим процессам в головном мозге, так и к механистическим психологическим связям. В то же время он не только не отрицал, но подчеркивал важность дальнейшего исследования психологических и биологических детерминант психических расстройств. Согласно его позиции, феноменологический метод не может замещать другие методы, а должен сосуществовать наряду с ними, служить основой для них. «Мысль о том, что сфера психического предполагает понимание, а физический мир — объяснение в терминах причинности, должна быть признана поверхностной и ложной. Любое событие — независимо от того, происходит ли оно в физическом или психическом мире, — в принципе открыто для причинного объяснения; психические процессы также могут поддаваться такому объяснению. Для обнаружения причин не существует пределов; имея дело с событиями психической жизни, для любого из них мы ищем причину и следствие. *Но для понимания везде существуют границы*... Каждая очередная достигнутая граница понимания — стимул для постановки вопроса о причинных связях» (Ясперс К. — 1997. — С. 371).

Бо́льший феноменологический радикализм отличал последователей М. Хайдеггера, философская концепция которого формировалась в 1920-е гг. Вслед за С. Кьеркегором он ставил под сомнение роль разума в познании, на который уповала рационалистическая философия, а вслед за ней психоанализ. На место разума в качестве основного средства познания мира и себя М. Хайдеггер поставил «онтологическое чувство» — непосредственное усмотрение истины. Подобно тому, как бихевиоризм в свое время отбросил понятия «психика», «личность», «субъект»

на основании принципов операционализма, он также отбросил все эти понятия, хотя и по другим основаниям. Значительная часть его труда «Бытие и время» посвящена созданию нового языка, так как старые понятия и термины, по мнению автора, утратили свою ценность из-за отсутствия подлинного смысла. Понятия, согласно М. Хайдеггеру, должны отражать сущность явления. Например, как уже упоминалось, понятие «человек» он заменяет понятием «здесь-бытие», желая подчеркнуть неразрывную связь человека с миром как отражение его сущности.

Для последователей, пытавшихся применить учение М. Хайдеггера в конкретной психологической работе с человеком, принципиально важным было еще одно из предложенных им понятий — понятие «*забота*», определяющее сущность человеческого бытия. Это понятие воплощает в себе трагический настрой хайдеггеровской концепции человека, которую он разрабатывал, вернувшись с Первой мировой войны.

На смену рационалистической философии, погибшей, по выражению Х. Гадамера, «в окопах Первой мировой войны», приходит философия жизни, озабоченная проблемами бытия, проблемами человеческой судьбы. Согласно М. Хайдеггеру, судьба человека — это вечная забота. Он заимствует многие понятия из литературы и искусства. Так, «забота» — это один из персонажей «Фауста» В. Гете, ведущий спор с главным героем: «Если внять мне не желаешь, сердцем ты меня узнаешь, в разных видах, я везде всех держу в своей узде. Я на море и на суше повергаю в малодушье. Не знакома, не звана, всем судьбой предрешена» (Гете В. — 1982. — С. 424). В конце концов, забота ослепляет, лишает зрения Фауста, не желающего покориться ее угрозам и признать ее авторитет.

М. Хайдеггер выделял т р и м о д у с а з а б о т ы и, соответственно, три основных модуса человеческого существования, которые он связал со временем, еще одной важной категорией его философии. С прошлым он связывал *модус заброшенности в мир* — помещенность человека с его индивидуальными психофизиологическими особенностями в конкретное историческое пространство, которое не зависит от его выбора и желания, предоставленность самому себе перед лицом жизни и смерти. С настоящим он соотносил *модус озабоченности окружающим*, который грозит опасностью «падения» в мир, ухода в повседневную заботу и суету. Наконец, *модус проекта* соответствует будущему, поскольку, проектируя себя, бытие все время забегает вперед самого себя.

Именно с последним модусом М. Хайдеггер связал *подлинное существование — выбор себя перед лицом неизбежной смерти, принятие своей виновности и решимость действовать, реализуя свой проект*. Вина связана с неизбежным отказом каждо-

го человека от каких-то возможностей своего существования, нереальностью их полного воплощения. Еще одним условием подлинного существования является *смерть*. Именно неизбежность смерти стимулирует человека к осуществлению своего проекта, не позволяет откладывать жизнь на потом.

Основной пафос подхода экзистенциалистов, последователей М. Хайдеггера заключается в неприятии естественно-научного подхода к изучению человека, при котором человек предстает как объект исследования. Экзистенциалисты отрицают принцип детерминизма. В отношении к человеку они заменяют его положением о свободе воли человека. Согласно этому положению, человек свободен от прошлого опыта и внешних влияний, он может свободно выбирать свое будущее. Однако это возможно только в том случае, если он принимает на себя ответственность за собственную жизнь и осуществляет свою *экзистенцию — подлинное существование*. М. Хайдеггер выделял два модуса существования человека — *подлинное* и *неподлинное*. Подлинный человек живет в соответствии с собой и своим опытом и не зависит от коллективных стереотипов, он имеет и реализует собственный жизненный проект. Неподлинное бытие — это отказ от реализации своей экзистенции, уход от тех вызовов, которые предъявляет человеку жизнь.

Психиатры **Людвиг Бинсвангер** и **Медард Босс**, психоаналитики по образованию, были первыми экзистенциалистами, попытавшимися применить философский подход М. Хайдеггера для понимания и лечения психической патологии. Согласно их взглядам, *психическая патология — это один из способов ухода от подлинной экзистенции — отказ от ответа на требования и вызовы человеческого существования, отказ от свободного самопроектирования*.



Людвиг Бинсвангер
(1881—1966)

Будучи психоаналитиком и личным другом З. Фрейда, Л. Бинсвангер, подобно К. Юнгу и А. Адлеру, выступил с критикой концепции З. Фрейда. Он подверг еще более радикальному сомнению ее основные содержательные принципы — энергетический принцип с акцентом на энергии либидо, принцип психологического детерминизма, и принцип исторического детерминизма или психогенетический принцип (см. гл. 3). Ряд идей К. Юнга и А. Адлера также очень близки экзистенциальной психологии. Это идея «жизненного стиля» А. Адлера, перекликающаяся с экзистенциальной идеей самопроектирования. Это также идея о роли высших мотивов и смыслов, мотива самореализации и процесса индивидуации в концепции развития К. Юнга.



Виктор Франкл
(1905—1997)

Влиятельной оригинальной ветвью экзистенциальной психотерапии после Второй мировой войны стала логотерапия **Виктора Франкла**, поставившая в центр проблемы психической нормы и патологии понятие *жизненного смысла*. Эта концепция сложилась под влиянием экстремального экзистенциального опыта ее автора, который провел годы войны в концентрационном лагере, постоянно находясь на грани жизни и смерти.

Наконец, еще одной ветвью экзистенциальной психологии стал метод экзистенциального анализа Ж.-П. Сартра, на который непосредственно опирались представители антипсихиатрии Р. Лэнг и Д. Купер, чьи взгляды на норму и патологию были рассмотрены нами выше (см. 2.5).

Влияние европейской экзистенциальной философии и психологии явственно просматривается в социальном психоанализе Э. Фромма и в американской *гуманистической психологии*. Гуманистическая психология начинает интенсивно развиваться в США в 1950—60-е гг. В рамках традиций американской психологии она восходит к идеям В. Штерна, с точки зрения которого психология должна базироваться на *персонологии* — особой дисциплине, предметом которой служит персона как живая, индивидуальная, уникальная целостность, стремящаяся к цели, открытая по отношению к миру. Попытки другого видного американского психолога начала XX в. В. Джемса представить личность как разные аспекты «Я», развивающиеся из внутреннего опыта человека, фактически предшествовали учению о «Я-концепции» К. Роджерса, труды которого сыграли ключевую роль в истории клинической психологии (см. 1.5).

Гуманистическая психология интенсивно развивалась в США как оппозиция психоанализу и бихевиоризму и получила название «третьей силы» в психологии. В 1950-х гг. она оформилась как самостоятельное направление. Основатели гуманистической психологии — А. Маслоу, К. Роджерс, Р. Мэй, Г. Олпорт и другие выступали против трактовки человека как раба бессознательных инстинктов — в психоанализе и как робота, реагирующего на воздействия извне, — в бихевиоризме. Биологическому и меха-

нистическому редукционизму в подходе к психике и человеку они противопоставили принцип целостности и уникальности личности человека и невозможности ее изучения через выделение каких-то аспектов, как это происходит с предметом изучения в естественных науках. Естественно-научной парадигме в психологии была противопоставлена гуманитарная парадигма, объяснительному методу — феноменологический (Дильтей В. — 1980; Слободчиков В.И., Исаев Е.И. — 1995).

Экзистенциальная и гуманистическая психология и психотерапия оказали огромное влияние на общее направление модификации бихевиоризма и психоанализа и всей современной психологической науки в направлении большего внимания к процессам сознания и сознательной регуляции поведения, к таким категориям, как «свобода» и «ответственность».

В психотерапии экзистенциально-гуманистическое направление часто обозначают термином «опытное» (*experiencing*), при этом имеется в виду *категория опыта* — одна из центральных по своему месту в трактовке психического развития и механизмов патологии в рамках данного направления. Так как под опытом имеется в виду прежде всего непосредственное переживание, то можно было бы также обозначить это направление как психотерапию, ориентированную на переживание. Помимо клиентцентрированной и экзистенциальной психотерапии к ней относятся гештальттерапия, психодрама, транзактный анализ, двигательная терапия, а также так называемые методы творческого самовыражения — арттерапия, музыкотерапия, танцтерапия. Объединение это основано на том, что в центре всех вышеупомянутых подходов стоит непосредственное переживание человека, т.е. переживание по принципу «здесь и теперь». В остальном эти подходы существенно отличаются друг от друга.

Хотя влияние гуманистического направления на психологическую науку трудно переоценить, следует отметить, что оно так и не оформилось в достаточно четкую концепцию с детально разработанными представлениями о развитии и функционировании психики в норме и патологии. Вот что писал об этом один из наиболее ярких современных представителей этого направления И.Ялом: «В 60-е годы гуманистическое психологическое движение было поглощено контркультурой с такими сопутствующими ей социальными феноменами, как движение за свободу слова (т.е. движение за свободу высказываний в любой форме. — *А.Х.*), движение хиппи, контркультура, движение в защиту человеческого потенциала, сексуальная революция. Вскоре все съезды ассоциации (т.е. Ассоциации гуманистической психологии. — *А.Х.*) стали напоминать карнавалы» (Ялом И. — 1999. — С. 25).

Авторы одного из наиболее популярных американских учебников по истории психологии дают следующее объяснение

кризису развития гуманистической психологии. «Почему же гуманистическая психология так и не смогла войти в основной корпус психологических теорий? Согласно одной точке зрения, это произошло потому, что большинство представителей этого направления занимались частной практикой, а не преподаванием в университетах. В отличие от академических психологов представители гуманистической психологии сравнительно мало уделяли внимание научным исследованиям, научным публикациям и воспитанию новых поколений молодых профессионалов» (Шульц Д., Шульц С. — 1998. — С. 480). И.Ялом высказывал опасение по поводу некоторых ценностей, которые несут в себе современные направления, причисляющие себя к гуманистическому: «Это усиливающееся влияние гедонизма («если тебе это не нравится, не делай это»), антиинтеллектуализма (согласно которому любой когнитивный подход представляет собой «промывание мозгов»), установок на реализацию индивидуальности («делай свое», ищи «пиковые переживания») и на самоактуализацию (в человеческое совершенство верит большинство гуманистических психологов)...» (Ялом И. — 1999. — С. 25—26).

Вместе с тем число сторонников гуманистической психологии и психотерапии достаточно велико и многие из них стараются усилить ее позиции, проводя разнообразные исследования. Реформация гуманистической психологии шла в основном по линии модификации ее теоретико-методологических принципов, а также исследовательских правил и процедур, касающихся возможности объективного исследования в психологии. Так, К. Роджерс, стремясь к объективации своих положений путем проведения эмпирических исследований, дал определенный толчок развитию гуманистической психологии в направлении сочетания понимающих феноменологических методов с объективными эмпирическими. Этой интегративной традиции противостоит экзистенциально-гуманистическая психотерапия, опирающаяся на чисто феноменологические методы вчувствования, интуиции, диалога.

* * *

Анализируемая традиция возникла в оппозиции к психодинамической и когнитивно-бихевиоральной на фоне кризиса общества, вызванного двумя мировыми войнами XX в.

Далее будут представлены взгляды создателя экзистенциального анализа Л. Бинсвангера, автора логотерапии В. Франкла, а также создателя клиентцентрированной терапии К. Роджерса, так как эти подходы к норме и патологии являются наиболее разработанными и авторитетными. Тесная связь с философией экзистенциализма определила специфику модели нормы и патологии в данной традиции.

5.2. Моделирующие представления о детерминантах психического развития

Представления об источниках и движущих силах. Источник развития в экзистенциально-гуманистической традиции — уникальный и неповторимый потенциал, заложенный в каждом человеке, — сплав его внутреннего опыта и способностей. Движущая сила — это потребность каждого в реализации этого потенциала. Развитие успешно, а личность «здорова» настолько, насколько ей удается реализовать этот потенциал.

Как мы уже отмечали, проблема развития не рассматривается в экзистенциальной психологии в онтогенетическом аспекте, а задается лишь в самом общем виде. Согласно Л. Бинсвангеру, человек рассматривается изначально единым с миром, поэтому вопрос о локализации источника развития (внутри или вовне) фактически снимается. В качестве движущей силы развития рассматривается *миропроект*, который, возникнув в детстве, задает дальнейшее развитие. Эти взгляды Л. Бинсвангера находятся в определенном противоречии с его же представлением о сознательном свободном самопроектировании.

Согласно В. Франклу, движущей силой развития является присущая каждому человеку *потребность в смысле*, в осмысленности своего существования. Он полагал, что у каждого человека объективно существует то, что он должен открыть для себя в качестве смысла, ради и для которого он станет жить и трудиться. В своей первой книге, принесшей ему мировую известность, «Сказать жизни “Да”. Психолог в концлагере» (Франкл В. — 2004) В. Франкл описал свой опыт пребывания в концентрационном лагере во время Второй мировой войны, где он помогал вернуть волю к жизни опустошенным и измученным людям, указывая им на нечто объективное, требующее их активного участия, что только они могут осуществить: не дать осиротеть своему ребенку, закончить начатое научное исследование и т. д. Самого В. Франкла удерживала от отчаяния и заставляла бороться за жизнь пропавшая рукопись с основами его концепции, которую он должен был воссоздать и донести до людей, а также надежда на встречу с близкими, которым он дорог и нужен.

Согласно К. Роджерсу, источник развития — это уникальный потенциал — самость и внутренний опыт каждого человека. В качестве движущей силы выступает *потребность в самоактуализации* — врожденное стремление реализовать свой потенциал, а в конечном счете воплотить в жизнь собственную самость. Этой потребности подчинены все другие, направленные на самосохранение (в пище, в безопасности) и на саморазвитие (например, на развитие новых умений и навыков). Кроме того, у человека

существует врожденный на уровне организма процесс оценки того, что для него хорошо, а что плохо. Результаты этого процесса человек воспринимает через свои чувства.

А. Маслоу также считал, что развитием человека движет врожденная потребность в самоактуализации, однако, согласно его взглядам, она может проявиться лишь при том условии, что удовлетворены физиологические потребности, потребности в безопасности, в любви и чувстве общности, в уважении со стороны окружающих и самоуважении.

Таким образом, эти авторы видели активное движущее начало в самом человеке. Это начало — его собственная неповторимая сущность, которую каждый стремится реализовать. Потребности в самореализации, в обретении и воплощении своего жизненного проекта, своего смысла выступают основной движущей силой развития.

Представления о механизмах и условиях развития. В качестве основного механизма осуществления собственного «миропроекта», согласно Л. Бинсвангеру, выступает ***принятие ответственности за свою жизнь и свободный выбор.*** Смерть является необходимым условием психического здоровья или подлинного существования. Именно осознание ее неизбежности побуждает человека действовать, осуществляя свой «миропроект». В процессе развития своей модели психического здоровья Л. Бинсвангер все большее внимание уделял ***качеству отношений с другими людьми.*** Он называл отношения «Я — Ты» коммуникацией, или *дуальным модусом* существования, который достигается двумя людьми в любви. Подлинное существование возможно только в дуальном модусе, и это — еще одно условие психического здоровья.

Согласно В. Франклу, центральным механизмом реализации потребности в смысле, как основной движущей силе развития, также является свободный выбор каждого человека и принятие им ответственности за свою жизнь, что близко к пониманию центрального механизма развития в концепции Л. Бинсвангера. В. Франкл постулировал еще один механизм реализации потребности в смысле — это *совесть*, которая всегда подсказывает человеку, насколько его выборы и поступки способствуют реализации ценностей и смыслов, к которым он стремится (Франкл В. — 1990).

По К. Роджерсу, важнейшим механизмом развития является *переработка опыта*. Характером этой переработки определяется уровень психического здоровья человека. Действие этого механизма обеспечено центральной способностью человека — способностью к приобретению опыта и к изменению на его основе. *Опыт — это все протекающие в человеке процессы, которые являются результатом его постоянного взаимодействия с окружающим миром.* Эти внутренние процессы представляют собой *организ-*

мический опыт, потенциально доступный сознанию (эмоциональные и физиологические процессы, сенсорные восприятия). *Символизированный опыт* — осознанный опыт, выраженный в вербальной форме (Роджерс К. — 2002).

Точность символизации опыта при восприятии отдельных событий и ситуаций является, по К. Роджерсу, главным механизмом нормального психического развития. Необходимым условием этого является постоянная *фокусировка на собственном феноменальном мире*, на собственном опыте. Особую роль здесь играют эмоции и их адекватное осознание и выражение.

Адекватная переработка опыта, т. е. переработка без искажений или с минимальными искажениями, возможна только у здоровых людей. Ее основным условием является *позитивная «Я-концепция»* (охватывает все черты и свойства, которые человек сам приписывает себе). Она, в свою очередь, обеспечивается особыми отношениями с близкими взрослыми в детстве. К. Роджерс называл их отношениями *безусловного принятия* (т. е. любовь, не связанная с какими-либо условиями, например, хорошего поведения, наличия определенных талантов и т. д.). Другой важной характеристикой поведения взрослого является *эмпатия — понимание и адекватное, конгруэнтное, отражение чувств и потребностей ребенка*. В этих условиях ребенок может открыто проявлять свои способности и потребности, осознавать свои чувства и желания. У ребенка формируется механизм символизации опыта, а также позитивная «Я-концепция» и чувство самоуважения, что делает его открытым опыту и способным интегрировать новый опыт, делает его свободным от напряжения и страха, необходимости защищаться от реальности, а значит, и реалистично ориентированным. В дальнейшем такой человек становится самоактуализирующейся личностью, максимально полно реализующей свой потенциал.

Таким образом, важнейшим условием нормального развития у всех рассмотренных авторов выступает качество отношений с другими людьми. Однако только К. Роджерс детально увязывал эти условия с центральными механизмами развития, указывая, что любовь и эмпатия со стороны взрослого необходимы для формирования позитивной «Я-концепции» и адекватной символизации опыта.

* * *

Подводя итоги, динамику моделирующих представлений о детерминантах развития в рамках экзистенциально-гуманистической традиции можно охарактеризовать как поиск собственно психологического содержания и собственно психологических механизмов развития в опоре на общие идеи экзистенциальной философии. Наиболее

дифференцированную и психологически наполненную концепцию удалось создать К. Роджерсу. Он ввел такие психологические понятия, как «Я-концепция», «внутренний организмический опыт», «символизированный опыт», «эмпатия», позитивная «Я-концепция», которые позволяют выявить психологические условия и механизмы реализации уникальной сущности человека.

5.3. Моделирующие представления о структурно-динамических характеристиках психики

Представления о структуре психики. Этот вопрос вообще не стоит в экзистенциальной и гуманистической психологии, так как психика, или душа, человека постулируется целостной и неразложимой на части.

Согласно Л. Бинсвангеру, разложение личности на части выводит ее за пределы подлинного бытия. Парадоксальным образом в этом экзистенциальный подход аналогичен бихевиоризму, который по другим методологическим основаниям также принципиально отказывался от структурных моделей психики.

К. Роджерс, однако, ввел понятие «Я-концепция» — организованный набор восприятий, представлений о себе самом, формирующийся в результате переработки и интеграции опыта. В «Я-концепции» сосредоточен в основном осознаваемый опыт. Это не что иное, как структурное оформление психического опыта. Поэтому «Я-концепцию» можно рассматривать как моделирующее представление К. Роджерса о структуре психики. Он разделял реальную и идеальную, желаемую «Я-концепцию», подчеркивая, что чрезмерный разрыв между ними является одной из причин психической патологии. Важнейшими характеристиками «Я-концепции» являются *внутренняя согласованность* — отсутствие конфликтных, несовместимых представлений, и *конгруэнтность* — ее соответствие разнообразию опыта.

Представления о микродинамике психики. Функционирование психики в экзистенциальной психологии рассматривается в двух модусах — подлинном и неподлинном. Подлинный модус существования определяется принятием человеком свободы выбора и ответственности за свою жизнь, направленностью на реализацию своего жизненного проекта. Неподлинный модус означает утрату вышеперечисленных свойств. Согласно Л. Бинсвангеру и В. Франклу, подлинное существование предусматривает непрерывное самопроектирование. Этот процесс непрерывного порождения целей и можно рассматривать как моделирующее представление о микродинамике нормального развития.

В рамках клиентцентрированной психотерапии К. Роджерса развивается моделирующее представление о функционировании

психики как *непрерывном процессе переработки опыта*. При этом человек стремится отбирать тот опыт, который наиболее соответствует его «Я-концепции». К. Роджерс говорил о конгруэнтности опыта и «Я-концепции». Однако психически здоровый человек способен интегрировать и неконгруэнтный опыт, его восприятие более реалистично и отличается способностью к развитию и изменению «Я-концепции».

Представления о макродинамике психики. В экзистенциальной психологии центральными для характеристики развития являются *понятия становления или осуществления жизненного проекта*. Существование — это постоянный процесс изменения, становления кем-то новым, или самотрансцендирование. Цель развития — стать полностью человеком, т.е. исполнить все возможности бытия в мире. Понятие *исполненности* характеризует качество человеческой жизни. Становление человеком — сложный, бесконечный и безнадежный проект, и немногим удается его выполнить, поскольку выбор одной возможности всегда означает отказ от других.

Развитие, согласно К. Роджерсу, предстает как *процесс самореализации человека*, раскрытия каждый раз уникальных, присущих только ему способностей и потребностей. Особая роль отводится детству, когда закладывается основа «Я-концепции». Сколько-нибудь серьезной периодизации развития в экзистенциальной и гуманистической психотерапии предложено не было.

Таким образом, во всей экзистенциально-гуманистической традиции, также как и в когнитивно-бихевиоральной, проблема развития в онтогенезе остается малоисследованной и ограничивается общими положениями.

* * *

Подводя итоги анализу моделирующих представлений о структурно-динамических характеристиках психики, важно отметить, что они разработаны в данной традиции в предельно общем виде. Наиболее дифференцированными являются моделирующие представления К. Роджерса.

5.4. Моделирующие представления о здоровой личности и механизмах патологии

Представления о здоровой личности. Популярность гуманистической психологии и психотерапии несомненно связана с тем образом человека, который положен в ее основу. Это образ человека, способного к свободным самостоятельным выборам,

управляющего собой и своей жизнью, выбирающего и свободно самоопределяющегося, стремящегося к личностному росту и самореализации. Исходя из такого моделирующего представления, воспитание — это искусство создания таких условий, в которых возможно свободное проявление внутренней уникальной сущности каждого человека.

Многие представители экзистенциального направления достаточно скептически настроены относительно реалистичности полного самоосуществления и видят жизнь человека как связанную с непрерывным и неизбежным отказом от возможностей, что и составляет ее трагичность. В экзистенциальном подходе зрелую здоровую личность отличает прежде всего *подлинность существования и максимально полное осуществление возможностей бытия-в-мире*. Л. Бинсвангер подчеркивал также дуальный модус существования — *существование в любви с другим человеком* — как неотъемлемую характеристику психического здоровья.

Представители гуманистической психологии с большим оптимизмом смотрят на человека и его жизнь. Вместе с тем критики обращают внимание на чрезмерно идеалистический характер этого образа, недостаточно учитывающий влияние культуры и общества на человеческую личность. «Метапсихологические представления носят персоналистический характер в том смысле, что в центре стоят потребности, мотивы, опыт и “Я-концепция” отдельного человека, в то время как социальным, культуральным и материальным условиям жизни отводится очень незначительная роль» (Bastine R. — 1998. — S. 90).

Один из лидеров гуманистической психологии А. Маслоу отобрал среди своего ближайшего социального окружения людей, которые представлялись ему как «полноценно функционирующие личности» и выделил у них общие психологические свойства (Маслоу А. — 2002):

– объективное восприятие действительности, выражающееся в четком отделении знания от незнания, в способности отличать конкретные факты от мнения по поводу этих фактов;

– принятие себя, других, мира такими, как они есть;

– неэгоцентричность, ориентация на решение внешних проблем, центрированность на объекте;

– способность переносить одиночество и потребность в обособлении;

– творческие способности;

– естественность поведения, но и отсутствие стремления нарушать условности просто из духа противоречия;

– дружелюбное отношение к любому человеку с хорошим характером, вне зависимости от его образования, статуса и других формальных характеристик;

– способность к глубоким привязанностям, часто к немногим людям, при отсутствии постоянной безусловной враждебности к кому-либо;

– нравственная определенность, четкое различение добра и зла, последовательность в нравственном сознании и поведении;

– относительная независимость от физической и социальной среды;

– осознание различия между целью и средством, умение не терять из вида цель, но в то же время эмоционально воспринимать и средство само по себе;

– крупномасштабность внутреннего мира и деятельности (эти люди приподняты над мелочами, обладают широким горизонтом, дальней временной перспективой, руководствуются широкими и универсальными ценностями).

Эти характеристики послужили основой для формулировки признаков психического здоровья, однако породили много споров относительно того, могут ли выдающиеся личности служить эталоном психического здоровья.

Согласно К. Роджерсу, важнейшими характеристиками здоровой личности являются *полнота интеграции опыта* и *автономность* — способность иметь собственную позицию и собственные мнения, независимые от социальных стереотипов и общепринятых ценностей, умение самостоятельно принимать решения и нести за них ответственность. Здоровая личность способна к максимально полной интеграции опыта без его искажения, так как обладает позитивной интегрированной «Я-концепцией».

В. Франкл подчеркивал, что психически здоровый человек — это человек постоянно ищущий, находящийся в непрерывном движении и поиске. По его выражению, человек — это существо, которое каждую минуту решает, кто он такой.

Таким образом, общее моделирующее представление о психическом здоровье в рамках этой традиции можно сформулировать следующим образом: максимальная полнота самореализации или жизнь в режиме постоянного поиска, самопроектирования, самообновления и любви к Другому.

Представления о механизмах психической патологии. Как уже неоднократно отмечалось, в экзистенциальной психологии каждый человек, будучи свободным, ответствен за реализацию возможностей бытия-в-мире. Отказ от этого сравним с запиранием себя в душной темной комнате. Это ведет к развитию различных психических расстройств — фобий, навязчивостей и т. д. *Психические расстройства, согласно экзистенциалистам, — это плата человека за отказ от роста и развития.* Для подлинного существования характерна открытость будущему, невроз же возникает как следствие сужения перспективы будущего, когда возможности развития остаются за горизонтами ви́дения человека.

Смысл экзистенциального анализа Л. Бинсвангера в том, чтобы помочь человеку почувствовать себя свободным существом, способным к самодетерминации. Люди, страдающие неврозами и психозами, существуют в неподлинном мире, так как не видят своей свободы, утрачивают перспективу будущего. «Миропроект» психически больного человека узок и сжат. «Отказываясь от биологического критерия психического “здоровья” или “болезни”, Л. Бинсвангер понимает их в духе хайдеггеровского учения о “подлинном” и “неподлинном” существовании» (Тихонравов Ю. В. — 1998. — С. 70). Вслед за М. Хайдеггером Л. Бинсвангер считал способность к трансцендированию главной характеристикой психического здоровья.

Непрерывность становления и самореализации — еще одна важная норма психического здоровья, остановка означает «окостенение» и болезнь. В этом положении Л. Бинсвангер следовал за Ф. Ницше: идеальным для него представлялось состояние личности, лишенное какой-либо конечной цели, *болезнь — отказ от непрерывного проектирования своего будущего.* Сознанием больного человека владеют чуждые внешние силы. Он не способен выбирать и проектировать свою жизнь, поэтому психическая болезнь есть высшая степень неподлинности существования.

В своих более поздних разработках Л. Бинсвангер придавал большое значение в происхождении психической патологии *неподлинным отношениям с другими людьми.* Он выделил *множественный модус* как мир формальных отношений, основанных на борьбе и конкуренции; *сингулярный модус* как мир человека, живущего только для себя; *модус анонимности* как мир человека, прячущего от людей свое подлинное «Я».

Одним из важных механизмов патологии, по Л. Бинсвангеру, является противопоставление психически больным идеального мира реальному «низменному миру», в который «заброшен» индивид. Больной человек не хочет принять своей заброшенности в мир, он не желает принять данности своего существования (тело, пол, национальная принадлежность, происхождение), которые невозможно изменить. Это приводит к тому, что человек отказывается от себя и от той свободы, которая существует наряду с модусом заброшенности, он отказывается выбирать и строить свой «миропроект» будучи тем, кто он есть. *Неприятие своей «фактичности», т. е. модуса заброшенности, приводит к болезни.*

Таким образом, неподлинное существование есть отказ от своей определенности, бегство от нее в идеализированный, но не существующий, мир. Л. Бинсвангер описывал своих пациентов

как видящих себя полной противоположностью своему идеалу, его воплощенным отрицанием. (К. Роджерс называл это разрывом между реальным и идеальным «Я».) Безуспешные попытки преодолеть этот разрыв через постановку неосуществимых целей заканчиваются отказом от самопроектирования. В конце концов, такие пациенты теряют собственное «Я» и уходят в депрессию или в мир фантазий и галлюцинаций, в неподлинный мир психоза.

Знаменитая пациентка Л. Бинсвангера Элен Вест еще в детстве сформулировала свой «миропроект»: «Быть Цезарем или никем». Она не могла принять данностей своего существования — своих физических качеств и социального положения, она не желала быть собой, а желала быть чем-то противоположным. Не став Цезарем, она завершила свой безнадежный проект, покончив жизнь самоубийством. Узкий «миропроект», в котором доминирует одна цель или идея, типичен для людей, подверженных психическим расстройствам. Другой вариант — попадание в зависимость от внешних сил. Это люди, жизнью которых управляют алкоголь, наркотики, любовные аддикции и т.д.

В. Франкл указал на роль *экзистенциального вакуума* — духовной пустоты — для возникновении различных форм психической патологии и девиантного поведения. Он считал поиск смысла и ценностей фундаментальной потребностью человека и ввел понятие *ноогенного невроза* — душевного неблагополучия вследствие утраты смысла. Такие неврозы В. Франкл считал специфичными для современной западной культуры. Он связывал психическое здоровье с религией, с верой в Бога и в объективное существование духовной истины и ценностей.

В качестве главного механизма возникновения психической патологии К. Роджерс рассматривал *несоответствие между «Я-концепцией» и опытом*. Психически здоровый человек обладает такой «Я-концепцией», которая позволяет ему ассимилировать все богатство телесного и смыслового опыта и перерабатывать этот опыт в символизированную форму (подвергать осознанию и вербализации). Если человек чувствует себя в безопасности, он способен воспринимать также неконгруэнтный опыт и таким образом менять и развивать свою «Я-концепцию». Однако чем более интенсивным был негативный опыт, тем ригиднее она становится. Фактически К. Роджерс рассматривал ее «окостенение» в качестве защитного механизма, позволяющего сохранить чувство собственной целостности в условиях психотравмы. При этом используются два защитных механизма — *искажение* (изменение восприятия в соответствии с «Я-концепцией») и *отрицание* (полное игнорирование нового опыта).

Таким образом, человек с ригидной «Я-концепцией» закрыт для нового опыта на уровне его символизированной переработки.

Однако на уровне чувств этот опыт сохраняется, но в непереработанном виде — не символизированным и не интегрированным. При этом поведение человека регулируется как этими неосознанными чувствами, так и «Я-концепцией», что в силу их противоречивости ведет к внутреннему рассогласованию и сильному росту тревоги.

Если позитивное принятие со стороны родителей оказывается недостаточным для устойчивого самоуважения, то ранний организмический опыт не символизируется и не интегрируется. В этом случае представление о себе складывается из оценок других людей, и у человека возникает очень сильная зависимость от этих оценок, неустойчивое переживание своей ценности. Если чувство самоуважения достаточно высоко, то любой, в том числе негативный, опыт не является угрожающим и может быть интегрирован в собственную целостную «Я-концепцию».

Трудности интеграции нового опыта могут возникать также у взрослых людей в результате очень явного рассогласования этого опыта с «Я-концепцией». Неконгруэнтность их ведет к противоречиям в поведении и сильной тревоге. Все мысли, связанные с процессом самооценивания, воспринимаются как угрожающие, что обусловливает значительные искажения в восприятии реальности.

Неконгруэнтность, сопровождающаяся психологической защитой в виде различных искажений реальности, ведет, согласно К. Роджерсу, к нарушениям поведения, которые обычно обозначаются как невротические. Если результатом неконгруэнтного рассогласования «Я-концепции» и опыта развития является полная дезорганизация личности, то речь идет о психотических нарушениях. Психотические нарушения могут наступать и при внезапном остром рассогласовании «Я-концепции» и переживаемого опыта, когда из-за поломки психологической защиты ее внутренняя структура разрушается.

Отметим, что попытки развития теории патологии К. Роджерса в направлении большей дифференциации относительно различных психических расстройств привели многих авторов к моделям, во многом напоминающим психоаналитические.

Таким образом, психическая патология понимается как отказ от самореализации, фиксация на прошлом или погруженность в повседневные проблемы и суету, низкий уровень самопринятия, плохой контакт со своим внутренним опытом, его постоянные искажения.

* * *

Обобщая представления о психическом здоровье и механизмах патологии, отметим, что психически здоровая личность в экзистенциально-гуманистической традиции понимается как максимально

реализующая свои возможности и способности, полноценно функционирующая, устремленная в будущее, имеющая позитивную «Я-концепцию», находящаяся в полном контакте со своим внутренним опытом, строящая близкие отношения любви, направленная на поиски смысла. Патология возникает вследствие недостатка перечисленных характеристик.

5.5. Основные теоретико-методологические принципы

Принцип целостности и уникальности человека (*понятия*: *опыт*, *целостность*, *вчувствование*). Согласно этому принципу, человек целостен и уникален и потому не может быть исследован в различных аспектах, а может быть только понят путем вчувствования или интуитивного проникновения в его внутренний опыт.

Данный принцип противостоит принципу детерминизма в психоанализе и бихевиоризме, а также идее исследования различных аспектов человека, подобно объекту естественных наук и попытке вывести некие универсальные законы его устройства.

Согласно Л. Бинсвангеру, опыт индивида не может быть описан в научных терминах, он может быть представлен только в его собственных понятиях. К. Ясперсом был предложен феноменологический метод вчувствования, сопереживания как метод постижения мира Другого, в том числе душевнобольного. Л. Бинсвангер предложил понятие экзистенциальной коммуникации как подлинного общения «Я» и «Ты».

Попытки не просто описать, но и исследовать закономерности организации внутреннего мира человека были предприняты К. Роджерсом и Дж. Келли. При этом они пытались соединить рассматриваемый принцип целостности и уникальности с принципом объективности научного исследования душевной жизни.

Л. Бинсвангер в итоге признал, что если о человеке можно сказать только то, что он уникален, неповторим и целостен, то психология как наука становится излишней. Действительно, феноменология М. Хайдеггера является откровенно антиинтеллектуалистической, исследования и обобщения на ее основе бессмысленны и невозможны. Согласно ему, «не разум, не рефлексия открывают человеку его существование и основные свойства мира. Напротив, от разума, который неизбежно мыслит объективно, нужно отказаться, погружаясь в те или иные онтологические чувства» (Руткевич А. М. — 1985. — С. 51). Феноменологический редукционизм, отрицающий разум как способ познания, так же ограничен, как операционализм или поведенческий редукционизм в бихевиоризме. Критика противопоставления категорий

понимания и объяснения все чаще звучит в современной литературе (Рикер П. — 1995; Кузнецов В. Г. — 1991).

Принцип наличия природного позитивного начала в каждом человеке (*понятия*: *личностный потенциал*, *творчество*).

Согласно этому принципу, каждый человек от природы хорош и обладает творческими способностями и личностным потенциалом. Это принцип многих представителей американской гуманистической психологии, и прежде всего К. Роджерса. Он не разделялся европейскими экзистенциальными психологами, которые были не склонны идеализировать человека и скорее видели его обреченным на конфликты, призванным противостоять собственным разрушительным тенденциям и непрерывно совершать выборы между добром и злом. Наиболее выразительно и определенно высказался по этому поводу В. Франкл, отметив, что «человечные люди» являются и, быть может, всегда будут меньшинством. Возможность присоединиться к этому меньшинству, зачастую ценой определенных жертв, — это вызов, который чувствует каждый человек. Признавая, что дела человечества плохи, он подчеркивал, что они могут стать еще хуже, если не будет людей, которые стремятся их улучшить.

Экзистенциальный анализ Л. Бинсвангера основан на христианской идее любви к ближнему как условия реализации позитивного начала. В отличие от В. Франкла он не озабочен проблемами общества, состояние которого рассматривается им в качестве одного из атрибутов модуса заброшенности, требующего просто принятия. Такая позиция, однако, мало чем отличалась по последствиям от гегелевского признания разумным всего действительного и неизбежно приводила в конечном счете к снятию индивидуальной ответственности за процессы в обществе и победе провозглашаемой Ф. Ницше «воли к власти» (Руткевич А.М. — 1985).

Принцип самоактуализации, согласно которому потребность в ней является базовой (*понятие*: *самоактуализация*). Генетически понятию самоактуализации как одному из базовых для гуманистической психологии и психотерапии предшествует хайдеггеровское понятие трансценденции: человек может реализовать себя, только осуществляя свою экзистенцию в мире. Европейские экзистенциалисты, в отличие от американских гуманистических психологов, скептически относятся к возможности человека полностью реализовать себя и актуализировать заложенный в нем потенциал. Поскольку жизнь сопряжена с неизбежными выборами и отказами от разных возможностей, ему остается только стремиться к воплощению максимального количества возможностей. Стремление к исполненности возможностей бытия-в-мире базируется на идее смерти, глубокое осознание которой составляет необходимое условие подлинного существования и самореализации.

Экзистенциалисты полемизировали с З. Фрейдом, который в качестве основной движущей силы развития рассматривал либидо, функционирующее по принципу удовольствия. Они считали, что аналитики навязывают пациентам ущербные взгляды на психическое здоровье, выбрасывая все, что касается духовных поисков, пытаясь заменить конфликтом биологического и социального в человеке всю жизненную философию, а представлениями о защитных механизмах и сублимации либидо всю человеческую культуру (Руткевич А. М. — 1985).

Принцип неразрывной связи человека с миром (*понятия*: *смысл и ценность*). Человек открыт миру и в то же время обладает определенной степенью свободы от него благодаря смыслам и ценностям, которыми он руководствуется, переживания им мира и себя в мире является главной психологической реальностью. Человек открыт будущему. В психодинамической и когнитивно-бихевиоральной традиции человек противопоставляется внешней реальности (среде, культуре). В экзистенциальной психологии человек и мир объявляются едиными: нет человека без мира и нет мира без человека, т. е. личность не зависит от прошлого, а поведение человека не определяется внешней ситуацией. Субъективный смысл, согласно Л. Бинсвангеру, исключает причинность. Человек устремлен в будущее, его поведение определяется ценностями и смыслами, им движут мотивы личностного роста и самореализации. В. Франкл был убежден, что человека невозможно понять, не учитывая духовный пласт его существования. Под духовным пластом он понимал наличие ценностей и смыслов, объективно существующих в мире и направляющих человеческую жизнь и активность.

Понятие «мир» рассматривается в экзистенциальной и гуманистической психологии в единстве с человеком, но вне конкретного историко-социального контекста, вне связи с этапами онтогенетического развития. Поэтому этот принцип закономерно приводит экзистенциалистов к отказу от анализа сознания в генетическом и социально-историческом аспектах.

Принцип самодетерминизма (*понятия*: *свобода и самопроектирование*). В соответствии с этим принципом человек непрерывно развивается через сознательные решения и выборы, что противоположно психогенетическому принципу в психоанализе и принципу ситуативного детерминизма в когнитивно-бихевиоральной традиции. По В. Франклу, принцип самодетерминизма и человеческой свободы проявляется в том, что человек постоянно принимает решения относительно того, что он будет делать в следующий момент, а значит, и кем он будет: «Человек решает за себя; любое решение есть решение за себя, а решение за себя — всегда формирование себя» (Франкл В. — 1990. — С. 114). Таким образом, человек предстает как находящийся в непрерывном процессе *самоопределения* и *самосозидания*. Вместе с тем, согласно К. Роджерсу, человек свободен в своих выборах настолько, насколько он открыт новому опыту и способен к его осознанию.

* * *

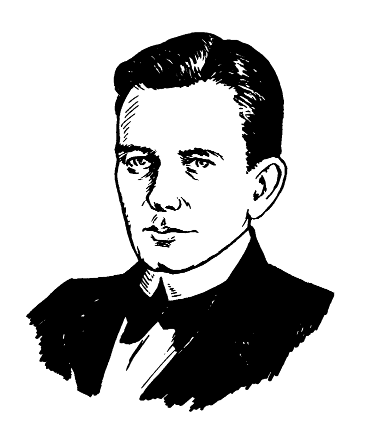
Таким образом, перечисленные принципы служат объединяющей основой для представителей этого направления. Наибольшие разногласия касаются возможности выделения различных аспектов психического в процессе исследования и наличия изначально присущего человеку позитивного начала.

5.6. Исследовательские правила и процедуры

Спор между представителями феноменологического и объективного метода в психиатрии не утратил своей остроты за почти 100-летний срок продолжения этих дебатов. Приведем цитату, иллюстрирующую этот спор, из доклада немецкого психиатра К. Клейста, сделанного в 1924 г.

«При чтении Ясперса и родственных ему по духу авторов у меня всегда складывается впечатление, что они видят перед собой душевные болезни как своего рода зрелище, за которым они следят, изумленные и пораженные, полные сострадания и благоговения. Они сами увлечены, говорят в звучных выражениях о торжественной процессии видений и счастливы, если им удается сопровождать больного, странствующего через эти загадочные миры, хоть частицу пути, переживая в это время совместно с ним. Это интуитивное отношение художника. Оно наиболее часто выступает перед нами в находимых нами у Prinzkorn'а полных почтительного удивления воспроизведениях рисунков душевнобольных. Но ведь наука есть нечто другое, она предполагает ясную, холодную беспристрастность; в гуще пестрых, возбуждающих деталей она ищет простые линии общего; она прислушивается к твердой, надежной поступи закономерного. Это не исключает, конечно, участия человека к человеку. Это лишь особая точка зрения, особая позиция, занимаемая мною временно. Но здесь, без сомнения, приходится считаться с глубокими различиями в душевном складе личностей: одни склонны более к сочувственному переживанию и пониманию, другие к наблюдению и объяснению» (Клейст К. — 1924. — С. 29).

Мы начали изложение исследовательских правил с характеристики феноменологического метода одним из ярых сторонников биологической модели психической патологии. Однако и в психологической научной литературе нередко встречается мнение, что ***радикально понимаемый феноменологический метод, на который опирается экзистенциальная психология, граничит с солипсизмом — отрицанием самой возможности познания***



Карл Ясперс
(1883—1969)

другого человека. Подобный солипсизм не совместим с задачами оказания практической помощи людям, страдающим от психического неблагополучия и других недугов. Может быть поэтому феноменологический метод не получил широкого распространения в психологической практике лечения психических расстройств в качестве самостоятельного метода. Его функция заключается в установлении контакта и понимания путем проникновения во внутренний опыт и переживания больного. Помимо этого работа опирается на определенные модели психической патологии, включающие причинные связи. В современных моделях психической патологии эти связи трактуются в русле системного, а не механистического детерминизма.

По аналогии с тем, как мы попытались дать описание исследовательских правил работы психоаналитика и бихевиориста, попытаемся описать приемы работы феноменолога. Остановимся подробнее на сути этого метода и следующих из него исследовательских правил в первоначальном, классическом, виде. Пионером применения феноменологического метода к проблемам психической патологии по праву считается К. Ясперс. Как мы уже упоминали выше, в своих разработках он опирался на философские идеи Э. Гуссерля, в частности на его *учение об интуиции*.

Интуиция как метод познания основана на непосредственной данности явления сенсорному восприятию, причем такой данности, при которой явление воспринимается с максимальной точностью, во всех деталях и, что особенно важно, без каких-либо предвзятых теоретических схем и конструкций. Например, это может касаться непосредственного восприятия произведения искусства (картины, архитектурного памятника и т. п.) во всех мельчайших деталях и сенсорных подробностях, а также восприятия природных явлений (гроза, закат, море и т. п.) или обычных бытовых вещей (чашка кофе, старый стул и т. п.).

В естественных науках такая непосредственная данность явления возможна на уровне сенсорного восприятия (заметим, что этот принцип отказа от теоретических конструкций и сведения процесса познания к непосредственно наблюдаемому в чем-то напоминает принцип операционализма в позитивистски ориентированных моделях).

Для изучения же внутреннего, душевного опыта другого человека метод интуиции как непосредственное наблюдение явления

во всей его полноте явно не пригоден. К. Ясперсу пришлось обратиться к допущению Э. Гуссерля относительно возможности интуитивного познания на основе детального и максимально полного представления какого-то явления посредством воображения. К. Ясперс считал, что задачей феноменологии является интуитивное превращение психических состояний, которые пациент непосредственно переживает, в непосредственно данное для нас (Ясперс К. — 1997). Этот метод познания душевной жизни другого возможен путем вчувствования, погружения в мельчайшие детали внутреннего опыта другого человека. Только такое непредвзятое вчувствование позволяет делать некоторые выводы относительно этого опыта, его описание и анализ.

Детальное описание и непредвзятость — вот важнейшие исследовательские правила, на которых К. Ясперс вслед за Э. Гуссерлем строил свой феноменологический метод. «Присоединяясь к понятиям понимания и само-перенесения Дильтея и понятиям интуиции и достоверности Гуссерля, Ясперс приходит к своему собственному методологическому принципу. Он заявляет, что феноменолог должен активно “транспортировать” себя в психическую жизнь пациентов и эмпатически переживать вещи так, как их переживают пациенты... Погружаясь в эмпатическое со-переживание, феноменологи могут сделать переживания интуитивно данными для себя, они могут следить за этими психическими событиями, точно определять их мельчайшие качества. Затем эти качества могут быть выражены в понятиях» (Виггинс О., Шварц М. — 1998. — С. 7).

В соответствии с первым правилом детального описания явлений К. Ясперс ввел так называемые описательные понятия, которые не объясняют, а описывают явления. Феноменология, согласно К. Ясперсу, имеет дело только с тем, что действительно происходит в психике пациента и что можно непосредственно прочувствовать и описать. Феноменология не занимается тем, что лежит в основе переживаний пациента, т. е. механизмами и причинами этих переживаний. Однако это вовсе не значит, что он отрицал наличие и важность изучения этих причин. «Феноменология, следовательно, не связана с тем, что лежит в основе, порождает или является причиной переживания пациента, кроме тех случаев, когда такие “причины” сами являются переживаниями, присущими сознанию пациента... Феноменолог воздерживается от каких-либо гипотез относительно причин, лежащих в основе актуальных переживаний пациента, так как эти причины, не являясь частью действительных переживаний пациента, не могут быть превращены в интуитивно данное. Теоретические гипотезы, которые пытаются объяснить, почему пациенты имеют именно те переживания, которые у них есть, лежат вне области феноменологии. Теоретические объяснения являются задачей

других областей психопатологии» (там же. — С. 8). Соответственно, к важнейшим исследовательским процедурам относятся определенным образом построенная *клиническая беседа*, *чтение записей*, *дневников*, *восприятие художественных произведений*, *созданных психически больными людьми*.

Наряду с феноменологией или описательной психологией в качестве составляющих психопатологии К. Ясперс выделял *понимающую психологию*, призванную на основе генетического понимания трактовать мотивы и значимые причины переживаний, *объясняющую психологию*, призванную вскрывать причинные механизмы психических процессов, *соматопсихологию*, изучающую телесные проявления пациента, доступные внешнему наблюдению. Принципиально обратить внимание на то, что он называл работу феноменолога подготовительной, проторяющей путь для будущих теорий или для объяснительной психологии, подобно тому, как Э. Гуссерль считал чистое описание подготовительной ступенью для объяснительной теории.

Таким образом, феноменология, по К. Ясперсу, является «атеоретической» субдисциплиной внутри более широкой науки психопатологии. Важно, что исследователь, строящий теоретические конструкции, должен опираться на феноменологический опыт. При реконструкции опыта, полученного феноменологом, исследователь-теоретик должен использовать не мышление, а вчувствование, ясное представление этого опыта.

Второе правило феноменологического метода — *непредвзятость феноменолога* — основано на требовании отбросить все теоретические конструкции и гипотезы и непосредственно выявлять, представлять и описывать внутренний опыт больного. Так как К. Ясперс понимал, что человеку очень трудно освободиться от своих исходных гипотез и представлений, он выдвигал требование постоянно вычленять и подвергать критике все качества опыта, которые не вытекают непосредственно из метода интуиции, вчувствования и представления. «В связи с этим феноменологическое отношение является для К. Ясперса "ценностью", которую можно приобрести только через постоянные усилия и постоянное преодоление предвзятостей (там же. — С. 10).

Современная методология, направленная на критическое осмысление эпохи господства позитивизма в науке, прямо указывает на *невозможность эмпирического исследования*, *лишенного каких-либо теоретических посылок* (Горохов В. Г. — 2003). Лучшим подтверждением этого является тот факт, что феноменологический метод активно используется многими сторонниками биологических моделей, легко соединяющих воедино феноменологию К. Ясперса и биологический подход Э. Крепелина. Однако правило непредвзятости, выделенное К. Ясперсом, нельзя считать устаревшим, если понимать его широко, как требование к ученому критически относиться к любым мнениям, даже к тем, которые ему очень импонируют. «И для того, чтобы установить, насколько обоснованы какие-либо предположения, профессионал обязан погрузиться в критическое отношение к самому себе, стараясь честно увидеть и затем исследовать валидность существующих предположений. Конечно, только некоторые, а не все наши предвзятости можно выявить и критически оценить таким образом. Но единственное, чего требует К. Ясперс, это чтобы психиатр или любой другой, кто стремится быть ученым, — не принимал бы без вопросов то, во что он очень склонен поверить как в истинное» (Виггинс О., Шварц М. — 1998. — С. 10). Именно поэтому К. Ясперс был непримиримым критиком как биологического редукционизма, который он называл «мифологией мозга», так и психологического редукционизма, который он называл «психологизацией». Не приходится удивляться, что, критикуя друг друга, на него охотно ссылаются представители разных видов редукционизма, с легкостью забывая критику К. Ясперса в адрес моделей, которые они сами отстаивают.

Помимо двух вышеперечисленных правил следует указать и третье правило феноменологического метода, которое заключается в требовании *экспликации и описания опыта на языке опыта*. Это язык, насыщенный поэтическими метафорами и сравнениями. В отличие от сторонников метода интроспекции феноменолог не стремится выделить какие-то элементы сознания, а пытается описать его содержание в непосредственной представленности (например, описание чувств пациентов в ситуациях определенного типа). Обычная процедура исследования в экзистенциальном анализе — феноменологический анализ вербальных отчетов пациентов и непосредственно наблюдаемого поведения. Отчет опытного феноменолога отличается от отчета наивного наблюдателя лишь большей глубиной, подробностью и яркостью метафорического языка. Приведем описание чувств человека, пережившего утрату близкого, зафиксированное опытным феноменологом: «У меня как будто дыра в груди, и из нее льется боль, я вся состою из боли». Это описание действительно «транспортирует», погружает нас в состояние острого горя.

Одна из основных проблем феноменологического метода заключается в том, что знания, полученные этим методом, являются по определению самого метода уникальными и соотносимыми только с данным конкретным случаем. Если они возводятся в правило, то в лучшем случае их можно рассматривать как гипотезы, подлежащие проверке. Проблема валидизации феноменологического метода обсуждалась К. Ясперсом, но так и осталась одним из наиболее уязвимых мест этого подхода. Тем не менее существуют попытки выделить процедуры валидизации феноменологического описания. Выделяют следующие виды этих про-

цедур: *интрасубъективную процедуру* (наличие повторяющихся переживаний в опыте разных индивидов при описании одного и того же явления) и *интерсубъективную процедуру* (общность описания одного и того же явления опытными феноменолагами) (Холл К., Линдсей Г. — 1999. — С. 276).

Например, при описании внутреннего опыта столкновения со смертью близкого человека Ф. Е. Василюк выделяет типичную для «работы горя» у разных людей последовательность чувств (интрасубъективная валидность): 1) фаза шока и оцепенение, связанная с анестезией чувств и отрицанием случившегося; 2) фаза острого горя, сопровождающаяся чувствами отчаянья и гнева на судьбу; 3) стадия навязчивости, на которой доминируют чувство вины, ощущение пустоты и бессмысленности; 4) стадия переработки проблем; 5) стадия завершения эмоциональной работы горя (4-я и 5-я стадии связаны со всплесками прежних чувств, которые случаются все реже) (Василюк Ф. Е. — 2002). Сходные описания можно найти у других исследователей этой проблематики (интерсубъективная валидность).

Один из парадоксов феноменологического метода заключается в том, что результаты применения этого метода, взывающего к предельной конкретности, не дают достаточной опоры для практики в виде разработки конкретных мишеней и методов помощи при конкретных расстройствах. И здесь еще раз уместно сослаться на авторитет К. Ясперса, который считал феноменологический метод лишь вехой, хотя и принципиально важной, на пути к теоретическим, объяснительным конструкциям, на основе которых строятся модели помощи.

Л. Бинсвангера можно отнести к радикальным экзистенциалистам-феноменологам, для которых характерен ряд противоречий. Согласно М. Хайдеггеру, феноменологический метод основан на чувствах, схватывающих непосредственную сущность явлений. Он не нуждается ни в каких других рациональных теоретических конструкциях и построениях. В этом принципиальное различие взглядов М. Хайдеггера и К. Ясперса, который не только не отрицал необходимость теоретических конструкций, но и рассматривал феноменологический метод как основу для них.

Первое противоречие заключается в том, что последователи М. Хайдеггера отрицают какие-либо общие закономерности, настаивая на принципе уникальности опыта. Вместе с тем они также выстраивают общие закономерности относительно разных людей, вводя такие понятия, как подлинное и неподлинное бытие, наличие базовых, общих для всех людей потребностей, например потребности в самореализации и т. д. Правда, закономерности эти носят глобальный характер и применимы, согласно данной концепции, ко всем без исключения людям. Второе противоречие заключается в том, что, активно опираясь на логику и рациональное мышление в своих рассуждениях, радикальные экзистенциалисты отрицают их роль для познания сущности психических явлений. Укажем еще раз на сходство с парадоксом бихевиоризма, великолепно сформулированным А. Бандурой: отрицая роль мышления, активно опираться на него в собственной научной работе.

Третье противоречие связано с отрицанием детерминизма, а значит анализа причин психической патологии. Вместе с тем понятие «миропроекта», на которое опирается вся экзистенциальная психология, основано на представлении об опыте полагания себя в мире, опыте, который находится за пределами сознания, что предполагает задачу его вскрытия и анализа. «Так Л. Бинсвангер и его последователи незаметно вступают в противоречие с собственным принципом самодетерминации личности и, какие бы оговорки при этом ни делались, идут на компромисс с классическим психоанализом» (Тихонравов Ю. В. — 1998. — С. 72). В конечном счете, согласно Л. Бинсвангеру, человек детерминирован собственным «миропроектом», возникающим еще в детстве. Нельзя не обратить внимание на явное противоречие — если «миропроект» возникает в детстве, то это слишком рано, чтобы можно было говорить о самостоятельном и ответственном выборе. Если этот выбор подлежит вскрытию и анализу, значит, речь идет не столько о свободном выборе, сколько о бессознательной детерминации, сходной все с тем же переносом.

Из этих противоречий вытекают трудности экспликации конкретных исследовательских правил. Известно, что в последние годы Л. Бинсвангер отказался от дальнейшей разработки правил работы экзистенциалиста-феноменолога и работал в традиционном психиатрическом ключе.

Итак, если К. Ясперс придерживался феноменологического метода, не отрицая объективных методов, то Л. Бинсвангер вслед за М. Хайдеггером приходит к их отрицанию. К. Роджерс был едва ли не первым представителем этого направления, кто попробовал соединить их не в теории, а на практике. Результатом стала наиболее влиятельная гуманистическая концепция нормы и патологии. Подобно К. Ясперсу и Л. Бинсвангеру, К. Роджерс являлся сторонником феноменологического метода. Одной из главных задач психологии он считал понимание внутреннего субъективного опыта индивида. Именно в процессе психотерапии с помощью вчувствования он считал возможным постигать феноменальный мир человека. Однако получаемый таким образом опыт он попытался использовать для построения научных гипотез и их последующей более строгой эмпирической проверки.

К. Роджерс первым начал систематические эмпирические исследования, направленные на выявление общих закономерностей

процесса и результатов психотерапии. Он основывался при этом на магнитофонных записях терапевтических сеансов, на данных различных психологических тестов и самоотчетах. Основная задача заключалась в поиске и объективации изменений в процессе психотерапии. Им была создана новая исследовательская процедура — *техника Q-сортировки*, направленная на выявление особенностей образа «Я» у пациентов, страдающих психическими расстройствами, а также динамики этого образа в процессе психотерапии. Записав на пленку несколько психотерапевтических бесед, К. Роджерс выписал все слова, относящиеся к «Я», на карточки (например, «Я часто сомневаюсь в себе», «Я легко принимаю решения»), а затем применил технику сортировки. Он предложил испытуемым разложить все карточки в континууме, начиная с тех, которые подходят к нему больше всего, и кончая теми, которые подходят ему меньше всего (см.: Первин Л., Джон О. — 2001. — С. 202). Подобная процедура может быть проделана и для идеального «Я», что позволяет зафиксировать наличие разрывов между реальным и идеальным «Я». Повторение этой процедуры после завершения психотерапии позволяет оценить динамику «Я-концепции».

Важной исследовательской процедурой в рамках феноменологического метода является так называемое *качественное исследовательское интервью*, обсуждению которого посвящена монография С. Квале (2003). Целью такого интервью является описание жизненного мира респондентов для интерпретации смысла описываемых феноменов. С. Квале выделяет ряд правил процедуры интервьюирования: 1) выделение главной темы — жизненного мира респондентов; 2) направленность на интерпретацию смысла центральных тем жизненного мира; 3) использование для описания обычного, а не научного, языка; 4) открытое и подробное описание различных аспектов жизненного мира респондентов; 5) описание специфических ситуаций и последовательностей действий, а не обобщенного мнения; 6) преднамеренная наивность — демонстрация интервьюером открытости новому и неожиданному, вместо того чтобы опираться на готовые категории и схемы интерпретаций. Все перечисленные правила процедуры качественного исследовательского интервью так или иначе отражают три основных правила феноменологического метода, перечисленных в начале данного параграфа. Согласно этим правилам описание феноменов внутреннего опыта должно быть: 1) детальным, 2) непредвзятым и 3) на языке самого опыта.

Зафиксированный конфликт между естественно-научной (объясняющей) и гуманитарной (феноменологически-понимающей) ориентацией определяет очень многое в современных спорах о предмете и методе клинической психологии и психотерапии и о

вытекающих из их определения исследовательских правилах и процедурах. В экзистенциально-гуманистической традиции по-прежнему существует довольно явный методологический конфликт между эмпирически ориентированным направлением, соединяющим феноменологический и объективные методы исследования (линия К. Роджерса) и феноменологически-персоналитически ориентированной понимающей психологией (линия Л. Бинсвангера). Пожалуй, никто не сделал столько для преодоления конфликта между феноменологическим и эмпирическим методом исследования, понимающей и объясняющей психологией, как К. Роджерс. Его попытки систематических эмпирических исследований процесса психотерапии были продолжены многими представителями данного направления.

Как уже неоднократно указывалось, в рамках понимающего метода внутренний мир человека не может быть объектом отстраненного наблюдения и анализа, а может быть лишь понят другим человеком: «Назначение методов описательной психологии, в отличие от объяснительной, состоит не в построении причинно-следственных конструкций психического, а в понимании и постижении духовно-душевной жизни человека во всем многообразии ее проявлений и связей» (Слободчиков В. И., Исаев Е. И. — 1995. — С. 107).

Вместе с тем основатели понимающей психологии и феноменологии В. Дильтей и Э. Гуссерль не отрицали возможности применения объективного метода в психологии, а лишь указывали на его ограниченность. Согласно В. Дильтею, *различным проявлениям человека адекватны разные задачи и методы исследования.*

Понимающий метод мало поможет нам в изучении механизмов когнитивных процессов, структуры «Я-концепции», в то же время объективные методы ограничены в познании высших уровней душевной организации человека, в понимании экзистенциальных переживаний, связанных с одиночеством и неотвратимостью смерти. «Снова и снова мы встречаемся с закономерностью, неизменно проявляющейся при научном исследовании психотерапии: точность результатов тем выше, чем тривиальнее изучаемые параметры... Ну и наука! Альтернативу составляет феноменологический метод, непосредственно ведущий к самим феноменам, к встрече с другим без посредства стандартизованных методов и предпосылок» (Ялом И. — 1999. — С. 31). И. Ялом явно принижает возможности объективных методов и, противопоставляя феноменологические как альтернативу, очень эмоционально выражает обсуждаемый конфликт. Взаимная дополняемость рассматриваемых методов отражает позицию К. Ясперса, К. Роджерса и многих других авторитетных исследователей данного направления.

Определенный выход из этого противоречия представляет собой системный подход, снимающий проблему механистического детерминизма, против которого выступали первые представители понимающей психологии и феноменологического метода. Однако реализация системного подхода в конкретных клинико-психологических исследованиях остается зачастую только декларативной и требует дальнейшего обсуждения и совершенствования.

Таким образом, можно говорить об общей тенденции к преодолению противопоставления объективного и феноменологического методов, многими исследователями они рассматриваются как взаимно дополняющие, а не взаимно исключающие. Вместе с тем между сторонниками радикальных позиций продолжаются ожесточенные споры.

* * *

Экзистенциально-гуманистический подход в клинической психологии возник как протест против различных типов редукционизма, упрощенных механистических моделей психики в норме и патологии. Духовное, высшее начало в человеке, экзистенциальные проблемы ответственности, свободы и осмысленности оказываются в фокусе внимания его представителей.

Вместе с тем в своих крайних формах, отрицающих возможность объяснительных моделей психической патологии, систематизации и обобщения, этот подход не мог быть основанием для эффективной практической работы и помощи людям с различными видами психических расстройств. Наметилась общая тенденция к соединению феноменологического и объяснительного методов как определенных этапов исследования, имеющих свои границы и области применения.

Контрольные вопросы и задания

1. Каковы источники возникновения данной традиции? Как они повлияли на развитие представлений о психической норме и патологии в рамках данной традиции?
2. Как отличается представление о движущих силах психического развития в экзистенциально-гуманистической традиции от двух рассмотренных выше в главах 3 и 4?
3. В чем основной смысл принципа самодетерминизма? Каким теоретико-методологическим принципам двух рассмотренных выше традиций этот принцип противостоит?
4. В чем различие представлений о механизмах и условиях нормального развития и механизмах патологии в концепциях Л. Бинсвангера и К. Роджерса?
5. Каковы основные правила феноменологического метода? Каковы ограничения этого метода? Как понимают его роль в научном познании К. Ясперс и Л. Бинсвангер? В чем различие их позиций?

Рекомендуемая литература

Ждан А. Н. История психологии. — М., 1999. — С. 355—361.

Психотерапия / под ред. Б.Д. Карвасарского .— СПб., 2000. — С. 228—241.

Роджерс К. Искусство консультирования и психотерапии. — М., 2002. — С. 682—742.

Тихонравов Ю. В. Экзистенциальная психология. — М., 1998. — С. 58—122.

Руткевич А. М. От Фрейда к Хайдеггеру. — М., 1985. — С. 37—58.

Дополнительная литература

Первин Л., Джон О. Психология личности. — М., 2000. — С. 197—253.

Бинсвангер Л. Случай Элен Вест / Психологическое консультирование и психотерапия. Т. 2. Случаи из практики. — М., 2001. — С. 106—123.

Роджерс К. Элен Вест и одиночество / Психологическое консультирование и психотерапия. Т. 2. Случаи из практики. — М., 2001. — С. 123—139.

Франкл В. Человек в поисках смысла. — М., 1990.— С. 54—68; 93—129; 157—319.

Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. — М., 1999. — С. 469—516.

ГЛАВА 6

Отечественная психологическая традиция

6.1. Московская психологическая школа

6.1.1. Исторический контекст развития

Становление московской школы клинической психологии тесно связано с именем Л. С. Выготского, труды которого имели выраженную неклассическую направленность (см. 1.2). В начале 1920-х гг. Л. С. Выготский пытался строить новую научную психологию на основе рефлексологического учения И. П. Павлова и В. М. Бехтерева и проявлял большой интерес к развивающемуся в США бихевиоризму. В этом направлении он поначалу видел путь преодоления ограниченности интроспективного метода изучения сознания и включения психологии в ряд объяснительных научных дисциплин, с бихевиоризмом он соотносился в своих первых трудах по дефектологии.

Однако механицизм и редукционизм бихевиоральной теории психического, невозможность на ее основе объяснить сложные феномены человеческого сознания не удовлетворяли Л. С. Выготского, и он поставил задачу построения научной теории, которая могла бы объяснить происхождение и развитие сознания в онтогенезе. Механицизму и элементаризму бихевиоризма, отрицавшего саму возможность изучения психики, он противопоставил метод системного анализа происхождения и функционирования сознания человека. «Глубинной» психологии З. Фрейда, рассматривающего в качестве движущих сил развития бессознательные инстинкты, Л. С. Выготский противопоставил «вершинную» психологию, выдвинув проблему сознания в качестве центральной для понимания специфики развития человеческой психики.

Большое влияние на формирование взглядов Л. С. Выготского оказала французская социологическая школа (Э. Дюркгейм, А. Валлон), генетическая эпистемология Ж. Пиаже, теория аффекта Б. Спинозы. Вместе с тем он сделал принципиально новый шаг в понимании психики и сознания по сравнению со всеми упомянутыми исследователями. *Л. С. Выготский ставил вопрос о специфике человеческой психики, усматривая ее прежде всего в культурном происхождении и особом орудийном строении.*

Л. С. Выготский умер от туберкулеза в 1934 г. совсем молодым человеком, ему пришлось работать в крайне тяжелой для ученого ситуации — ситуации идеологического пресса. Однако он сумел оставить отечественным психологам такое наследство, которое все еще требует дальнейшего осмысления и разработки. Вот как характеризует генеральную идею Л. С. Выготского, объединившую начинающих в то время ученых-психологов, таких как А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурия, Л. И. Божович, А. В. Запорожец и другие, один из современников: «Чтобы понять внутренние психические процессы, надо выйти за пределы организма и искать объяснение в общественных отношениях этого организма со средой. Он любил повторять: те, кто надеется найти источник высших психических процессов внутри индивидуума, впадает в ту же ошибку, что и обезьяна, пытающаяся обнаружить свое отражение в зеркале позади стекла. Не внутри мозга или духа, но в знаках, языке, орудиях, социальных отношениях таится разгадка тайн, интригующих психологов» (цит. по: Леонтьев А. А. — 1990. — С. 41).

Свою теорию Л. С. Выготский называл то культурной, то инструментальной, то исторической. Центральным ее моментом стало ***представление о развитии человеческой психики путем интериоризации*** — присвоения человеком первоначально внешних (культурных) средств деятельности (орудий, знаков и т. д.) и превращения их во внутренние (психические). В связи с этим положением еще одна цитата[1] из того же источника, удивительно точно передающая революционную суть этой теории в трактовке психики: «Не забыть: если бы Л. С. был жив и я смог бы, как это часто бывало, за чашечкой кофе в кафе “Норд” задать ему вопрос, то я спросил бы его: “А ты понимаешь, что своей теорией интериоризации ты отрицаешь то понимание психики и сознания, которое существовало до сих пор в так называемой классической психологии. Отрицаешь изначальность, заданность “души” и всей душевной жизни, отрицаешь, что человек рождается с несовершенной и неразвитой, но все-таки душой, что она уже есть в нем и что носителем ее является мозг. Ты, наоборот, утверждаешь, “душа” человеческая, человеческое сознание (психика), существует вне нас как явление интерпсихическое в форме знаков и их значений, являющихся средствами организации совместной, прежде всего трудовой, деятельности людей, и что только в результате этого взаимного воздействия людей друг на друга возникает интрапсихическое в форме тех же знаков и значений, но направленное на организацию своей собственной деятельности. Душа не задана человеку изначально, а дана ему во внешней, чисто материальной форме!”» (там же. — С. 42).

[1] Цитата взята из записей Д. Б. Эльконина — одного из учеников и последователей Л. С. Выготского, создателя концепции периодизации психического развития в детском возрасте.

Первые публикации по культурно-исторической теории появились в 1928 г. Уже тогда Л. С. Выготский разводит поведение как естественную, свойственную и животным форму активности, и деятельность как специфически человеческую форму отношений с миром, активность, основанную на использовании орудий или средств, выработанных в процессе развития человечества и человеческой культуры в целом. Поэтому наиболее адекватным методом для понимания психического он считал *исторический метод анализа*.

Как отмечал А. А. Леонтьев, написавший научную биографию Л. С. Выготского (1990), сам Лев Семенович и его ближайшие последователи оказались в крайне сложном положении, так как идеологизация психологии выражалась в преимущественной разработке таких, например, тем, как «Психология пролетариата». Историческая психология не только не вызвала интереса и признания, но, напротив, стала предметом критики недоброжелателей. Книгу А. Н. Леонтьева о развитии и орудийном строении памяти разрешили напечатать только в сопровождении предисловия, в котором Л. С. Выготский и А. Н. Леонтьев должны были сами разоблачать собственное исследование как недостаточно идеологически выдержанное. Апофеозом этой критики стала вышедшая в 1937 г. брошюра Е. И. Рудневой «О педологических извращениях Выготского».

В качестве напутствия молодым психологам А. А. Леонтьев приводит строки из письма Л. С. Выготского, утверждающие, что занятия наукой требуют от ученых мужества и силы (а в те времена, не побоимся пафоса, даже героизма): «Чувство огромности и массивности современной психологической работы... делает *бесконечно* ответственным, в высшей степени серьезным, почти трагическим (в лучшем и настоящем, а не жалком значении этого слова) положение тех немногих, кто ведет новую линию в науке (особенно в науке о человеке). Тысячу раз надо испытать себя, проверить. Выдержать искус, прежде чем решиться, потому что это очень трудный и требующий всего человека путь... Как бы ни определился путь всех вас... мы с вами сохраним личную приязнь и самую настоящую дружбу при всех обстоятельствах» (там же. — С. 48).

Для истории отечественной клинической психологии особенно важным представляется период второй половины 1920-х гг., когда Л. С. Выготский вел работу в области дефектологии и патопсихологии. Уже в 1924 г. он совмещал работу в Институте психологии с работой в Наркомпросе, где был заведующим подотделом «Воспитание дефективных и умственно отсталых детей». В 1925—1926 гг. он организует лабораторию по психологии аномального детства при Медико-педагогической станции Наркомпроса РСФСР, расположенной на Погодинской улице, № 8.

В 1929 г. на базе этой лаборатории был создан Экспериментально-дефектологический институт Наркомпроса, руководителем которого стал Л. С. Выготский (теперь это Институт коррекционной педагогики РАО). В этот же период Л. С. Выготский руководил патопсихологической лабораторией в ВИЭМе (Всесоюзном институте экспериментальной медицины) на базе клиники им. Г. И. Россолимо, в которую пришла работать Б. В. Зейгарник, закончившая Берлинский университет и защитившая дипломную работу у самого К. Левина. Уже в то время Л. С. Выготским закладываются основы отечественной патопсихологии, дефектологии и педологии — науки о психическом развитии ребенка. Современно звучат его идеи о воспитании детей с физическими и умственными проблемами. Эти идеи ярко и точно изложены А. А. Леонтьевым. Позволим себе привести выдержку из этой работы с замечательными цитатами из текстов Л. С. Выготского (выделенными мною курсивом — *А. Х.*).

«До Выготского в центре внимания дефектологов был сам органический (биологический) дефект — слепота, глухота. И именно он обратил внимание на то, что главное здесь не сам дефект, а то, что этот дефект мешает ребенку овладеть культурой, социальным опытом человечества, “*ведь культура приноровлена к нормальному, типическому человеку*”. Поэтому органический дефект ведет к невозможности или крайней сложности освоения ребенком культуры, а ведь лишь на базе такого усвоения могут сформироваться высшие психические функции человека, его сознание, его личность. “*Недостаток глаза или уха означает прежде всего выпадение серьезнейших социальных функций, перерождение общественных связей, смещение всех систем поведения*”.

А раз так, надо активно развивать деятельность ребенка в мире. Другое дело, будем ли мы делать это при помощи внешних средств культуры (язык, письмо, счет) или “*по линии внутреннего усовершенствования внимания, логической памяти, отвлеченного мышления, образования понятий, свободы воли и т. п.*”. Для этих внутренних средств “*должна быть создана такая же техника окольных путей, которая существует и в отношении развития внешних средств культурного поведения*”.

“*Плох тот врач, который бы оставил больного без нормальной пищи, полагаясь на одни микстуры и пилюли*”, а ведь именно так и поступают чаще всего дефектологи! Конечно, есть своя “педагогическая техника”, свои приемы и методы работы со слепыми и глухими и т. д. Но самое главное здесь не в этом: “*надо воспитывать не слепого, а ребенка прежде всего. Воспитывать же слепого и глухого — значит воспитывать слепоту и глухоту и из педагогики детской дефективности превращать ее в дефективную педагогику*”. Слепой и глухой такой же человек и “*принцип и психологический механизм воспитания здесь такой же, что и у нормального ребенка*”» (Леонтьев А. А. — 1990. — С. 55—56).

Л. С. Выготский на практике реализовывал свой принцип создания условий нормального развития для детей с различными аномалиями, в частности это выражалось в особенностях его контакта с детьми. А. А. Леонтьев цитирует воспоминания Л. В. Занкова (сотрудника Л. С. Выготского): «Это была задушевная, подлинно человеческая беседа не с аномальным ребенком, а с нормальным человеком... Для Льва Семеновича Выготского аномальный ребенок был не просто объектом научного анализа. Мы всегда ясно видели, что Лев Семенович стремился понять ребенка для того, чтобы ему помочь» (там же. — С. 57).

Разгром педологии в 1930-е гг. привел к полному запрету имени Л. С. Выготского, его трудов. Вместе с П. П. Блонским он был заклеймен как основной разработчик отечественной педологии, которая была объявлена в эти годы лженаукой (та же участь постигла отечественную генетику и кибернетику). Вместе с педологией на долгие годы фактически прекратила свое развитие клиническая психодиагностика — главное направление мировой клинической психологии в то время, на десятилетия отечественная педагогика оказалась оторванной от психологии. К чести его учеников — А. Н. Леонтьева, А. Р. Лурия, Д. Б. Эльконина — ни один из них не отрекся от идей учителя, хотя уклонение от публичного отречения и самобичевания в то время было сопряжено с опасностью не только для научной карьеры, но и для жизни.

Итак, еще при жизни Л. С. Выготского начались гонения на психологию. Обвинения в идеализме или приверженности педологии грозили очень серьезными последствиями. В 1930-х гг., спасаясь от репрессий, «выготчане» или «культурники», как их называли (А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурия, А. В. Запорожец, Л. И. Божович), перебираются из Москвы в Харьков. Здесь продолжилась разработка культурно-исторической концепции. Важнейшим моментом в ее развитии был переход к рассмотрению функционирования психики как системы действий. Такой подход прямо вытекал из представлений об орудийности человеческой психики и был подготовлен самим Л. С. Выготским. Цикл замечательных исследований сенсорных, перцептивных, мнемических и умственных действий доказывал генетическую связь этих действий с практическими.

В 1940-е гг. дальнейшая разработка идей Л. С. Выготского в области клинической психологии продолжилась на Урале в военном госпитале г. Кисигача, где собрались его соратники: (А. Р. Лурия, А. В. Запорожец, Б. В. Зейгарник и другие). Восстановление высших психических функций у раненых солдат превратилось также в метод исследования строения этих функций и их взаимосвязи. Принцип системного строения высших психических функций, был положен в основу их восстановления, а также новой науки — нейропсихологии, создателем которой по

праву считается А. Р. Лурия вместе со своими последователями Е. Д. Хомской, Л. С. Цветковой и другими (см. 1.5).

В октябре 1951 г. состоялось объединенное заседание Президиума АМН СССР и пленума Правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров, на котором клиническая психология была фактически запрещена, а все разработки военных лет признаны «идеологически невыдержанными».

Выступая на этом заседании, А. Р. Лурия был вынужден критиковать свои ценнейшие разработки в области нейропсихологии и отрекаться от них, также как в 1930-х гг. приходилось заниматься саморазоблачениями Л. С. Выготскому и А. Н. Леонтьеву: «Вместо того чтобы проанализировать обширный материал по нарушению и восстановлению речи после ранений мозга в свете учения И. П. Павлова о работе корковых анализаторов и той удивительной пластичности мозга, на которую он много раз указывал, я действительно стал на ложные пути. Некритически следуя традициям западной идеалистической неврологии, и в частности реакционным идеям Кэмбелла, Форстера о наличии в мозговой коре первичных (проекционных) и вторичных (психомоторных и психосенсорных зон) и порочным взглядам Фултона о функциях премоторной зоны, я стал искать причины симптомов нарушения слухового, зрительного или двигательного синтеза, с которыми я встречался в клинике, в поражении этих зон» (Материалы стенографического отчета объединенного заседания расширенного Президиума АМН СССР и пленума Правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров 11—15 октября 1951 г. «Физиологическое учение И. П. Павлова в психиатрии и невропатологии». — М., 1952. — С. 205). Каяться пришлось и ведущим отечественным психиатрам. Так, В. А. Гиляровский признавался, что не понял учения И. П. Павлова и находился под влиянием идеалистического учения немецкого психиатра Э. Крепелина. Из этих цитат видно, в каких труднейших условия приходилось работать отечественным ученым и как справедливы слова Л. С. Выготского о том, что эта работа требовала большого мужества, полной самоотдачи. Обвинения в идеализме могли стоить не просто должности, но и жизни.

В начале 1950-х гг. в Московском НИИ психиатрии работала лаборатория экспериментальной патопсихологии под руководством Б. В. Зейгарник (см. 1.5). В этой лаборатории она собрала коллектив сотрудников и аспирантов, составивших ядро московской патопсихологической школы. На протяжении полувековой истории в лаборатории менялись ее руководители, научные сотрудники и соискатели, в их числе такие известные отечественные клинические психологи, как Б. С. Братусь, Л. В. Бондарева, И. А. Коробейников, М. М. Коченов, С. В. Лонгинова, В. В. Николаева, Ю. Ф. Поляков, С. Я. Рубинштейн, Е. Т. Соколова, Т. И. Тепеницина и другие.

В 1962 г. в Институте психиатрии АМН СССР (позднее преобразован в Центр психического здоровья АМН СССР) была создана лаборатория патопсихологии, которую возглавил ученик Б. В. Зей-



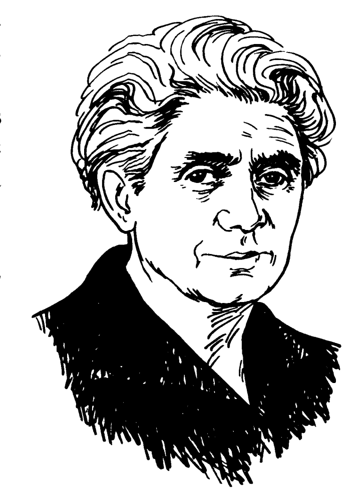
Юрий Федорович Поляков (1927—2002)

гарник **Юрий Федорович Поляков**. На протяжении почти трех десятилетий коллектив лаборатории (Н. Г. Гаранян, С. Н. Ениколопов, Н. В. Зверева, Т. К. Мелешко, В. П. Критская, Н. С. Курек, Т. Д. Савина, Д. Н. Хломов и др.), занимался исследованиями шизофрении и внес важный вклад в прояснение психологических механизмов нарушений высших психических функций при этом сложном и тяжелом психическом расстройстве.

В 1966 г. создается факультет психологии МГУ им. М. В. Ломоносова и новая кафедра пато- и нейропсихологии, которую возглавлял А. Р. Лурия вплоть до своей смерти в 1977 г. Б. В. Зейгарник заняла должность профессора кафедры. Постепенно им удалось собрать коллектив сотрудников, начавших разработку различных направлений клинической психологии (В. В. Лебединский, В. В. Николаева, Н. К. Корсакова, Е. Т. Соколова, А. С. Спиваковская, Е. Д. Хомская, Л. С. Цветкова и др.). Это знаменовало новый этап в развитии отечественной клинической психологии — этап формирования профессии клинического психолога, который был связан с выделением рабочих мест для психологов в больницах и других учреждениях здравоохранения, а также внедрением научных разработок в практику. Важной базой для этого стала вышедшая с 1970 г. книга **Сусанны Яковлевны Рубинштейн** «Экспериментальные методики патопсихологии», в которой она обобщила накопленной патопсихологами опыт в области клинической психодиагностики. Эта книга продолжает пользоваться популярностью и в наши дни.

История научного развития московской патопсихологической школы тесно связана с дальнейшим становлением теории деятельности. Как отмечали В. П. Зинченко и Е. Б. Моргунов (1994), вплоть до 1960-х гг. главным предметом изучения последователей Л. С. Выготского стала деятельность — ее внутренние детерминанты и структура. Проблема сознания и его опосредствованности культурой отошла на второй план. Обращение к ней было опасно по причинам идеологического порядка. Марксова же категория предметной деятельности являлась эвристичной для построения психологической теории и снимала возможные обвинения в идеализме. В работах московских патопсихологов, учеников и коллег Б. В. Зейгарник доминировала проблематика нарушений

высших психических функций, структуры деятельности и ее мотивационной регуляции.



Сусанна Яковлевна Рубинштейн (1911—1990)

Проблема сознания вернулась в отечественную психологию вместе с последней работой С. Л. Рубинштейна «Человек и мир» (1973). Будучи отстраненным от всех официальных должностей в 1950-е гг., обвиняемый в космополитизме, он тем не менее направлял свои усилия на компенсацию вынужденного одностороннего развития отечественной психологии в период репрессий.

Начиная с 1970-х гг., проблема сознания прочно вошла в отечественную психологию. В 1975 г. была издана книга А. Н. Леонтьева «Деятельность, сознание, личность». Группа его учеников и последователей поставили задачу изучения смысловых образований личности. Категории сознания и личности, проблема смыслов, смысловой регуляции деятельности выдвигаются в этот период в центр исследований московских патопсихологов (Асмолов А. Г. и др. — 1979).

По мере того как общество становилось все более открытым, «размывалась» единая методологическая основа исследований, влияние западной психологии проявлялось как в теоретическом плане, так и в аспекте организации эмпирических исследований. В настоящее время все большую актуальность приобретает задача соотнесения традиций и осмысления достижений отечественной клинической психологии в широком контексте современной науки. Попытки разработки такого интегративного подхода к проблемам психической нормы и патологии предпринимаются в работах Б. С. Братуся, Е. Т. Соколовой, В. В. Николаевой, А. Ш. Тхостова, А. Б. Холмогоровой и других.

* * *

Московская школа клинической психологии развивалась в сложных исторических условиях. Заданная Л. С. Выготским неклассическая научно-практическая направленность не могла быть реализована в силу идеологического пресса. Тем не менее новаторские идеи культурно-исторической теории происхождения и строения высших психических функций, а также теории деятельности получили воплощение в оригинальных исследованиях психической патологии. В настоящее время идет процесс интеграции этих разработок с достижениями западной клинической психологии.

6.1.2. Моделирующие представления о детерминантах психического развития

Представления об источнике и движущих силах развития. Согласно культурно-исторической концепции, источником развития психики является социум, но не просто внешняя среда как в бихевиоризме, а *культура, т.е. обобщенный опыт человечества*. Именно в культуре содержатся те средства, интериоризация которых делает психику человека истинно человеческой.

Широкую известность и признание в мировой психологии получило положение Л.С. Выготского о том, что обучение идет впереди развития, а значит, является его движущей силой. Понятие *зоны ближайшего развития* как той области активности, где ребенок еще не готов действовать самостоятельно, но может успешно двигаться при поддержке взрослого, вошло в золотой фонд отечественной и мировой психологии развития и педагогики.

Современные исследования показывают, что это понятие может быть использовано не только для характеристики пространства, в котором ребенок способен двигаться с помощью взрослого в предметном плане, но и для выявления актуальных возможностей его дальнейшего развития в смысловом, личностном и эмоциональном аспектах (Зарецкий В.К. — 2007 ; Обухова Л.Ф., Корепанова И.А. — 2005). Следует отметить высокий эвристический потенциал этого понятия для выделения мишеней психологической помощи.

В ходе разработки теории деятельности А.Н. Леонтьевым и С.Л. Рубинштейном в качестве главной движущей силы развития в московской психологической школе стала рассматриваться *человеческая предметная деятельность*. Иначе говоря, только собственная целенаправленная активность делает возможным развитие человека, определяет характер и особенности развития психики. Знания, навыки, способы и средства мышления и действия не «перекладываются в голову ученика», не формируются в виде определенных реакций на определенные стимулы, а осваиваются человеком в процессе собственной активности. Это принципиальный момент, отличающий отечественную психологическую традицию от рассмотренных зарубежных.

Деятельность ребенка по освоению культуры в форме знаний, норм и ценностей организуется взрослым. И здесь чрезвычайно важное значение в качестве движущей силы развития придается *обучению*.

Представления о механизмах и условиях развития. Как уже отмечалось при рассмотрении исторического контекста

становления московской школы, в качестве основного механизма развития психики выступает *интериоризация*. Представление об этом механизме было заложено Л.С. Выготским в его учении об опосредствованном, орудийном характере психических действий, в его знаменитом тезисе о том, что *каждая психическая функция появляется на свет дважды — вначале в непосредственном, натуральном, а затем в опосредствованном виде*.

Позднее в отечественной психологии понятия «личность» и «психика» были разведены. В качестве важнейшего механизма развития личности А.Н. Леонтьев рассматривал *механизм сдвига мотива на цель*. Классический пример этого механизма, когда ученик занимается в начале обучения лишь ради оценки. Последняя придает смысл занятиям или, в его терминологии, является смыслообразующим мотивом — предметом деятельности ученика. В процессе занятий постепенно появляются содержательный интерес и цель: учеба приобретает самостоятельный смысл, становится *смыслообразующим мотивом* деятельности, а оценка становится дополнительным *побудительным мотивом*. При этом в иерархии мотивов смыслообразующие всегда занимают более высокое место. Причина таких трансформаций заключается в том, что результаты деятельности нередко оказываются значительнее, чем их мотивы, перед человеком открывается новая перспектива, меняется его взгляд на мир. Через развитие деятельности постепенно разветвляется и обогащается мотивационная сфера личности. В процессе переподчинения мотивов «одни из них занимают место подчиняющих себе другие и как бы возвышаются над ними; другие, наоборот, опускаются до положения подчиненных или даже вовсе утрачивают свою смыслообразующую функцию. Становление этого движения и выражает собой переход к связной системе личностных смыслов — к личности» (Леонтьев А.Н. — 1972. — С. 72).

Важнейшим условием развития в рамках рассматриваемой традиции является *взаимодействие ребенка со взрослым*. Так как ключевым механизмом развития является интериоризация культурно-исторического опыта и социальных отношений, взрослый выступает для ребенка в качестве носителя этого опыта. Отведение центральной роли в развитии взаимодействию ребенка со взрослым в российской научной традиции имеет определенное сходство с интерперсональными западными теориями. Разница в том, что в российской традиции взрослый выступает прежде всего как носитель культурного опыта человечества.

В отличие от последователей социального психоанализа Л.С. Выготский рассматривал потребность в общении не как биологически заданную (первичную), а как результат взаимодействия ребенка и взрослого (т.е. социальную, вторичную). Задержки раз-

вития понимались как результат депривации общения и контактов с внешним миром, в результате чего потребность в общении не формировалась или приобретала уродливые формы. Он писал о неблагоприятном воздействии институционального воспитания на развитие детей уже в 1920-е гг. (вспомним исследования Р. Спитца и А. Фрейд) и выступал против помещения детей с отклонениями в развитии в детские дома.

«Важнейший грех традиционной школы тот, что она систематически отрывает глухого от нормальной среды, изолирует и помещает его в узкий, замкнутый мирок... Эта искусственная среда во многом расходится с тем нормальным миром, в котором придется жить глухому... Глухой вращается в узком кругу глухих. Здесь не только не развиваются, но систематически атрофируются те силы ребенка, которые помогли бы ему впоследствии войти в жизнь. Душевное здоровье, нормальная психика дезорганизуются и расщепляются: глухота обращается в травму. Такая школа усиливает психологию сепаратизма, она по своей природе антисоциальна и воспитывает антисоциальность. Выход дает только коренная реформа всего воспитания в целом» (Выготский Л. С. — 1983. — С. 111). Эти замечательные слова можно полностью отнести к практике воспитания здоровых детей и детей с отклонениями в развитии в изолированных интернатах и сиротских домах.

Л. С. Выготский убедительно показал, что социальная ситуация развития в такого рода изолированных учреждениях не может создать условий для нормального развития. В современной ситуации катастрофического роста числа детей-сирот это остро ставит вопрос о возрождении и поддержке семейных форм жизнеустройства детей-сирот и детей с различными отклонениями (Зарецкий В. К. и др. — 2002; Ослон В. Н., Холмогорова А. Б. — 2001).

Таким образом, в качестве важнейшего условия развития ребенка Л. С. Выготский рассматривал ***социальную ситуацию развития*** как систему отношений между ребенком данного возраста и социальной действительностью (Выготский Л. С. — 1984). Однако в силу исторических обстоятельств изучение социальной ситуации развития долгое время было практически невозможным. В «благополучном» социалистическом обществе было опасно проводить любой критический анализ социальной ситуации, пусть даже конкретной, касающейся только данного ребенка.

Лишь в 1970-е гг. этот аспект из знаемого и упоминаемого превращается в изучаемый. М. И. Лисина утверждала, что потребность в общении и деятельность общения возникают у ребенка прижизненно и формируются одновременно, так как исходным пунктом обоих процессов является выделение ребенком из окружающей среды взрослого как особого объекта своей активности (Лисина М. И. — 1986). Отсутствие значимого взрослого или дисфункциональные отношения с ним снижают способность ребенка к интериоризации и эмоциональному развитию. Социальная «ситуация развития» превращается для ребенка в «ситуацию невозможности», приводит к задержкам эмоционального и интеллектуального развития и эмоциональным расстройствам.

И. А. Коробейников убедительно показал, что при легких формах умственной отсталости, «осложненной» аффективными и поведенческими расстройствами, ведущую роль в формировании клинической картины психического недоразвития играют не столько органические, сколько социальные факторы (Коробейников И. А. — 2002).

В. С. Мухина определила механизмы социализации и индивидуализации личности как *идентификацию* и *обособление* (Мухина В. С. — 1985, 1991). Идентификация выступает как механизм «присвоения» индивидуумом своей человеческой сущности. Обособление — как механизм формирования и поиска собственной индивидуальности. Идентификация и обособление в концепции В. С. Мухиной рассматриваются как диалектически связанные механизмы развития личности.

С.Л. Рубинштейн первым указал на роль ***рефлексии*** как важнейшего механизма поиска человеком своего места в мире, определения своей системы ценностей (Рубинштейн С. Л. — 1973). Работы Н. Г. Алексеева, В. К. Зарецкого, И. Н. Семенова положили начало экспериментально-психологическому исследованию рефлексии как механизма мышления, а позднее и развития личности. Активное осмысление собственной деятельности, ее предметных и личностных оснований является предпосылкой способности к саморегуляции и свободному самоопределению, которое в свою очередь является условием полноценного развития личности (Зарецкий В. К. — 1993). Диалог со взрослым на основе эмоционального контакта и принятия — важнейший механизм развития рефлексии (Слободчиков В. И., Исаев Е. И. — 1995). Российские исследователи являются безусловными лидерами в изучении рефлексии как механизма развития (Алексеев Н. Г. — 1975; 2002; Зак А. З. — 1978; Зарецкий В. К. — 1984; Рубцов В. В. — 1995; Семенов И. Н. — 1993; Слободчиков В. И. — 1986).

* * *

Обобщая богатый опыт отечественной традиции, можно сказать, что развитие происходит в процессе собственной активной деятельности ребенка в непрерывном диалогическом эмоциональном контакте с другим человеком (носителем определенного культурного опыта) через осмысление или рефлексию этой деятельности и себя в ней.

6.1.3. Моделирующие представления о структурно-динамических характеристиках психики

Представления о структуре психики. В качестве главного принципа строения психики человека Л. С. Выготский рассматривал ее ***опосредствованность***. В качестве единицы анализа сознания и мышления он предлагал рассматривать *значение*.

Как уже упоминалось, в школе А. Н. Леонтьева на длительное время основным предметом изучения становится деятельность. Ее структура такова: *деятельность* (активность, соответствующая определенному мотиву); *действия* (составная часть деятельности, соответствующая определенной цели); *операции* (способы осуществления действия, соответствующие определенным условиям). С ними соотносятся содержательные элементы: *мотив* (то, что побуждает деятельность); *цель* (представляемый или мыслимый результат деятельности); *условия* достижения цели.

Позднее А. Н. Леонтьев возвращается к анализу сознания и добавляет к выделенному Л. С. Выготским значению в качестве единиц анализа сознания *смысл* и *чувственную ткань*, подчеркивая, что значение лишь одна из образующих сознания.

Чувственная ткань «образует чувственный состав конкретных образов реальности, актуально воспринимаемой или всплывающей в памяти, относимой к будущему или даже только воображаемой» (Леонтьев А. Н. — 1975. — С. 133).

«В значениях представлена преобразованная и свернутая в материи языка идеальная форма существования предметного мира, его свойств, связей и отношений, раскрытых совокупной общественной практикой» (там же. — С. 141).

«Личностный смысл представляет собой индивидуализированное отражение действительности, выражающее отношение личности к тем объектам, ради которых развертывается ее деятельность и общение» (Асмолов А. Г. — 1984. — С. 63).

Например, значение понятия «игра» примерно одинаково для всех людей и задано обобщенном в этом понятии опытом человечества. Однако личностный смысл игры для главного героя романа Ф. М. Достоевского «Игрок» существенно отличен от такового для остальных персонажей романа, так как игра становится для него фактически основным смыслом и способом существования. Личностный смысл, как образующая человеческого сознания, согласно А. Н. Леонтьеву, представляет собой отношение мотива к цели. У двух людей может быть одинаковая цель — закончить институт, но при этом совершенно разные мотивы: получить «корочки» ради формального высшего образования или стать настоящим профессионалом, знатоком своего дела. Соответственно, смысл обучения для них совершенно различен.

Личностные смыслы опосредствованы деятельностью человека и его включенностью в определенную систему отношений. Далеко не всегда они осознаются, зачастую смутные непонятные нам эмоциональные переживания говорят о наличии определенных личностных смыслов, которые мы сами не до конца понимаем. Как говорил А. Н. Леонтьев, в этом случае эмоция ставит перед нами задачу на смысл. Неприятный осадок после разговора с другом, у которого произошло какое-то счастливое событие, может неожиданно приоткрыть для нас конкурентную составляющую этих дружеских отношений, мотив собственного превосходства, который делает смысл чужого успеха негативным и создает амбивалентность в наших отношениях с друзьями.

Наряду с личностным смыслом А. Г. Асмолов дополнительно выделил такую составляющую смысловых систем, как *смысловая установка личности* — готовность к совершению определенным образом направленной деятельности. Смысловая установка включает эскиз будущей деятельности, и ее актуализация приводит к использованию наиболее привычных, устойчивых способов действия в определенных, соответствующих ей, ситуациях. В конечном счете смысловые системы человека реализуются в продуктах его деятельности, в его жизненных поступках и свершениях.

В конце 1970-х гг. группой последователей А. Н. Леонтьева была выдвинута программа исследования *смысловых образований личности* (Асмолов А. Г., Братусь Б. С., Зейгарник Б. В. и др. — 1979) как единиц анализа сознания. Смысловые образования личности объединяются в *динамические смысловые системы*. Понятие динамической смысловой системы, как уже говорилось, было введено в психологию Л. С. Выготским для снятия традиционного противопоставления аффекта и интеллекта, рационального и эмоционального начала в человеке, т. е. для операционализации принципа единства аффекта и интеллекта.

В рамках этой программы В. В. Столин разработал концепцию «личностного смысла Я», в которой рассматривается структура самосознания как система представлений о себе. Эти представления включают два компонента — аффективный и когнитивный. «Переходя в сознание, личностный смысл выражается в значениях, т. е. когнитивно, например в констатациях черт (умелый, ловкий, неловкий, терпеливый и т. д.) и в переживаниях — чувстве недовольства собой или гордости за свой успех» (Столин В. В. — 1983. — С. 105).

В настоящее время проблеме смысла как единице анализа сознания посвящена обширная литература, обобщенная в фундаментальной монографии Д. А. Леонтьева (2003).

Представления о микродинамике. Согласно теории деятельности, функционирование психики осуществляется в виде непрерывных процессов *интериоризации* (перехода внешних средств

деятельности во внутренние) и *экстериоризации* (воплощение во внешних действиях намерений, до этого существовавших в идеальном плане). Они же являются и механизмами развития психики.

Функционирование деятельности осуществляется в виде взаимных переходов и превращений ее отдельных структурных компонентов (мотива в цель и, соответственно, деятельности в действие, цели в условия ее реализации и т.д.). Так, на этапе овладения каким-то навыком (например, письма) целью деятельности ребенка является написание отдельных букв, слов, а затем и предложений. После овладения этими навыками все указанные действия становятся операциями, а целью может являться выражение своей мысли.

Важная роль в функционировании психики отводится мотивационно-личностной регуляции, а также саморегуляции которые становятся предметом специального изучения в 1970—1980-е гг.

Представления о макродинамике. Л. С. Выготский развивал положение о *процессе развития как серии качественных революционных преобразований сознания и личности ребенка*, он говорил о кризисах развития — переломных точках на кривой детского развития, отделяющих один возраст от другого. В качестве основных рассматривались кризис первого года, кризис трех лет, кризис семи лет и, наконец, кризис подросткового возраста.

Л. И. Божович рассматривала *возрастные кризисы как выражение депривации потребностей*, возникающих к концу каждого возрастного периода вместе с основным личностным новообразованием (Божович Л. И. — 1968). Кризисы — это сигналы необходимости изменения условий развития, которые не соответствуют новому этапу и новым потребностям.

А. Н. Леонтьев предложил понятие *ведущей деятельности*, т.е. деятельности, в рамках которой вызревают и дифференцируются другие виды деятельности, изменяются психические процессы и свойства личности, возникают новые мотивы и личностные новообразования. Развитие личности выражается в первую очередь в преобразовании ее мотивационной сферы — *ее расширении и усложнении иерархии мотивов*.

Наиболее известной является периодизация развития, предложенная Д. Б. Элькониным (Эльконин Д. Б. — 1995). *Процесс развития предстает в ней как смена ведущих деятельностей*, в рамках которых и возникают *новообразования* (например, умение подчиняться правилам, понятийное мышление и т.д.), присущие каждому возрасту. В современной культуре можно выделить следующие виды ведущей деятельности: эмоционально-непосредственное общение младенца со взрослым, орудийно-предметная деятельность ребенка раннего возраста, сюжетно-ролевая игра дошкольника, учебная деятельность в

младшем школьном возрасте, интимно-личностное общение подростков, профессионально-учебная деятельность в ранней юности.

Подход Д. Б. Эльконина к периодизации развития на основе ведущей деятельности был подвергнут критике А. В. Петровским как недостаточно учитывающий центральную роль социальных отношений в развитии личности. «Реальное, а не желаемое развитие личности обусловливается, как можно думать, не одной ведущей деятельностью, а, по меньшей мере, комплексом актуальных форм деятельности и общения, интегрированных типом активных взаимоотношений развивающейся личности и ее социального окружения» (Петровский А. В., Ярошевский М. Г. — 1994. — С. 226). А. В. Петровский предложил *трехэтапную модель развития личности*: а) фаза адаптации к социальной среде — усвоение норм и овладение соответствующими формами деятельности; б) фаза индивидуализации — поиск средств и способов для обозначения своей индивидуальности; в) фаза интеграции — снятие противоречий между потребностью в общности и потребностью в индивидуализации через нахождение своего уникального места в социальной группе.

* * *

Таким образом, можно зафиксировать следующие изменения в моделирующих представлениях о структурно-динамических характеристиках психики:

1) представление о структуре деятельности (деятельность—действие—операция) дополняется представлением о структуре сознания (чувственная ткань—значение—смысл — смысловые образования);

2) представление о функционировании психики как взаимосвязанных процессах интериоризации—экстериоризации дополняется представлением о мотивационно-личностной регуляции деятельности и саморегуляции психических процессов;

3) представление о макродинамике психики как последовательности качественных скачков — этапов в ее развитии, сопровождающихся психическими новообразованиями, дополняется представлением о смене ведущего типа деятельности на каждом из этих этапов, а затем — представлением о качественных изменениях доминирующих форм отношений с социумом в процессе онтогенеза.

6.1.4. Моделирующие представления о здоровой личности и механизмах психической патологии

Представления о здоровой личности. Для Л. С. Выготского как создателя теории происхождения и строения высших психи-

ческих функций главным показателем нормального психического развития являлась зрелость высших психических функций человека, которая выражалась в уровне развития таких параметров, как *осознанность, опосредствованность и произвольность.*

Понятие личности долгое время не имело конкретного психологического содержания в отечественной психологии. В конце 1960-х гг. в широко известной монографии, посвященной формированию личности ребенка, Л. И. Божович писала: «Однако личность ребенка как некоторое единое целое, ребенок как субъект психической деятельности оказывается до сих пор очень мало изученным. По-видимому, именно этим объясняется тот факт, что в советской психологии до сих пор нет достаточно разработанной, единой концепции личности и ее формирования. Общие для всей советской психологии марксистские положения о личности разными советскими авторами по-разному интерпретируются, систематизируются и обобщаются. *Понятие личности хотя и постоянно употребляется, но недостаточно раскрывается и часто оказывается синонимом то сознания, то самосознания, то установки, то психики вообще* (выделено мной. — *А. Х.*)» (Божович Л. И. — 1968. — С. 31).

Категория личности получает более глубокую теоретическую проработку в московской психологической школе, начиная со второй половины 1970-х гг. Исторически сложившиеся ограничения на практическую психологическую работу с личностью, в том числе психотерапевтическую практику, не позволили уже тогда в полной мере развить потенциал этих теоретических разработок, погрузить их в «горнило жизни». С началом перестройки возобновляются «прерванные диалоги», вспоминаются забытые имена, идет работа по восстановлению связи времен, ведь русская философская традиция и литература всегда славились своим гуманизмом и психологической глубиной.

Разработки московской психологической школы по теории личности связаны прежде всего с книгой А. Н. Леонтьева «Деятельность, сознание, личность». Разведение понятий «индивид», «характер» как биологически фундированных и понятия «личность» как имеющую исключительно социальную природу составляет существенную черту московской психологической школы. Личность понимается как особое качество, которое приобретается индивидом в обществе, в системе общественных отношений. Хотя носителем личности является телесный индивид, она понимается как системное, «сверхчувственное» качество. Исследование личности — это исследование позиции человека в системе общественных связей, которая активно вырабатывается человеком в опоре на данные ему от природы и приобретенные в процессе развития свойства. Все эти свойства, также как и

внешние обстоятельства, составляют лишь условия формирования личности (Асмолов А. Г. и др. — 1979. — С. 35).

«*Личность есть особое качество или характеристика человека* (индивида). Личность характеризует человека со стороны его общественных связей и отношений, т. е. взаимосвязей с другими людьми... Сущность личности проявляется при изучении положения, *позиции человека во взаимоотношениях его с другими людьми*, раскрывается в его *жизненных целях* и стоящих за ними мотивах, в *способах поведения* и в средствах действия применительно к общим своим целям и задачам» (Слободчиков В. И., Исаев Е. И. — 1995. — С. 345).

Как писал А. Н. Леонтьев, личностью не рождаются, ею становятся. Наиболее важными характеристиками личности являются *позиция*, которую человек вырабатывает в пространстве времени и культуры, и *система социальных отношений*, в которые человек включен. «*Самостоятельность и ответственность* в социальном поведении составляют самые существенные характеристики человека как личности» (там же. — С. 351). Эти характеристики или их отсутствие ярче всего проявляются в *поступках* человека — актах сознательного нравственного самоопределения в отношении к другим людям, к самому себе, к обществу и миру в целом. За поступками стоят *мотивы* и *ценности* человека, т. е. то, что направляет его деятельность. Развитие личности, согласно А. Н. Леонтьеву, определяется разветвленностью и иерархизацией мотивационной сферы человека, именно она отражает богатство связей человека с миром и его личностную зрелость.

Таким образом, модель зрелой здоровой личности в московской психологической школе задается через характеристики мотивационно-потребностной сферы, в том числе ее широту и иерархию мотивов. Широта связей с миром определяет богатство смысловой сферы, компенсаторные возможности противостояния различным жизненным стрессорам. *Иерархия мотивов* делает возможным выборы и самоопределение в сложных ситуациях. Если человек совершает предательство ради повышения по службе, значит, ведущим мотивом его деятельности является карьера. Если же он отказывается от этого повышения, сохраняя верность дружбе, значит, в системе иерархии мотивов отношения с друзьями являются более важными.

При этом следует помнить, что иерархия мотивов, так же как и сама личность, не есть раз и навсегда застывшее образование. Каждым своим выбором и поступком человек как бы вновь и вновь подтверждает, а может быть, и создает или изменяет данную иерархию. Таким образом, процесс становления личности — это процесс непрерывного самоопределения (Зарецкий В. К. — 1993). Человек предстает не только как общественное, социальное су-

щество, детерминированное культурой, но и как созидающий себя и мир вокруг себя.

В. К. Зарецкий предлагает различать *культурно-ценностное* и *социально-ситуативное самоопределение*. Это различение хорошо иллюстрирует вышеприведенный пример. Движение по пути утверждения нравственных ценностей (в примере — выбора ценности дружбы) соответствует культурно-ценностному самоопределению. Отказ от нравственных ценностей в пользу социальных выгод (предательство дружбы ради карьеры) соответствует социально-ситуативному самоопределению. Основным механизмом самоопределения и саморазвития выступает *рефлексия* — способность человека осознавать и переосмысливать предметные и ценностные основания своей жизни и деятельности.

Свободное самоопределение человека делает невозможным суждение о личности как о вещи с определенными качествами. Необходимо всегда учитывать возможность свободного переопределения и изменения личности и уважать в человеке потенциал его роста. На недопустимости «приговаривания» человека к тому, что он есть сейчас, т.е. вещного отношения к человеку, особенно настаивал М. М. Бахтин (1994).

Несомненным вкладом в деятельностную теорию сознания и личности явилась книга Ф. Е. Василюка «Психология переживания» (1984). *Переживание рассматривалось здесь как психическая деятельность, направленная на порождение смыслов*. Теоретический анализ деятельности переживания автор осуществил на модели различных кризисных ситуаций, когда реализация ценностей, мотивов, планов и намерений человека становится невозможной. Выход из ситуаций «невозможности» через порождение новых смыслов выступает как условие сохранения психического благополучия личности.

В последние годы жизни Б. В. Зейгарник уделяла большое внимание разработке моделирующего представления о психически здоровой личности. В качестве центральной характеристики психического здоровья она рассматривала *опосредствованность* и раскрывала ее как свойство или черту личности, выражающуюся в способности к осознанной регуляции своего эмоционального состояния и поведения путем использования определенных средств. В опоре на разработки отечественной психологии мышления 1970—1980-х гг. (Н. Г. Алексеев, И. Н. Семенов, В. К. Зарецкий) в качестве механизма реализации этой способности начинает рассматриваться рефлексия, т.е. процесс осознания и перестройки оснований своей деятельности (Зарецкий В. К., Семенов И. Н. — 1979; Зейгарник Б. В., Холмогорова А. Б. — 1985), а также порождения новых смыслов путем *смыслового связывания* — установления отношений между ранее не связанными содержаниями (Зейгарник Б. В., Холмогорова А. Б., Мазур Е. С. — 1989).

Обогащение теории деятельности такими категориями, как «рефлексия» и «переживание» способствовало развитию моделирующих представлений о зрелой здоровой личности и заложило основы деятельностного подхода к оказанию психологической помощи.

Моделирующее представление о человеке как активном деятеле и представление о личности как рождающейся из опыта общения, переживания и рефлексии задает *модель психологической помощи как сотрудничества*, в котором пациенту принадлежит не менее, а скорее более активная роль, чем психотерапевту. Психотерапевт в этой модели призван создавать поле для собственной активности пациента и условия для его самостоятельных выборов и свободного самоопределения, постановки собственных сознательных целей и задач на основе рефлексии предметных и ценностных оснований своей деятельности.

Оригинальная модель психического здоровья личности была предложена Б. С. Братусем. Исследование аномалии развития личности при алкоголизме привели его к необходимости выделения общих критериев психического здоровья и отклонения от него, в поисках которых он обратился к анализу не только психологической, но и философской литературы. В качестве критериев отклонения от нормального развития он предложил считать: «отношение к человеку как к средству, как к конечной, заранее определимой вещи (центральное системообразующее отношение); эгоцентризм и неспособность к самоотдаче и любви; причинно обусловленный, подчиняющийся внешним обстоятельствам характер жизнедеятельности; отсутствие или слабую выраженность потребности в позитивной свободе; неспособность к свободному волепроявлению, самопроектированию своего будущего; неверие в свои возможности; отсутствие или крайне слабо выраженную ответственность перед собой и другими, прошлыми и будущими поколениями; отсутствие стремления к обретению сквозного общего смысла своей жизни» (Братусь Б. С. — 1988. — С. 51). Эти критерии в позитивно сформулированном виде во многом перекликаются с чертами самоактуализирующейся личности по А. Маслоу (см. 5.4).

Б. С. Братусь также вводит основной критерий психического здоровья как следование так называемой родовой сущности человека. Под последней он понимает способность к любви и потребность в ней, что отличается от представления о социальной сущности человека и прижизненном развитии потребности в общении с Другим, развиваемых в рамках культурно-исторической традиции. Вместе с тем это представление в значительной степени перекликается с разработками некоторых представителей постклассического психоанализа, выдвинувших тезис о первичной потребности в другом человеке и о первичной любви, а также с идеями теории привязанности (см. 7.1).

Б. С. Братусь разделяет мнение большинства современных исследователей о том, что существует целый ряд переходных состояний между нормой и патологией. В этом смысле вышеперечисленные критерии отклонения от нормального развития в различных комбинациях могут создавать почву, уязвимость к возникновению психических расстройств. «Обычно оппозицией норме должно являться суждение о патологии. Но, как гласит старая истина, природа не делает скачков, между условными полюсами "нормы" и "патологии" находится обширное поле отклонений, аномалий развития. Поэтому правильнее, на наш взгляд, сформулировать общее представление об аномалиях, имея в виду, что лишь в крайних своих вариантах они переходят в выраженно патологические явления» (там же. — С. 50—51).

Оригинальность рассматриваемой модели заключается в выделении трех уровней психического здоровья: 1) психофизиологический (мозговая нейрофизиологическая основа психической деятельности); 2) индивидуально-психологический (способность к адекватной реализации своих смысловых устремлений); 3) личностный или ценностно-смысловой (система мотивов или ценностей личности). Многоуровневая модель предполагает трехмерное пространство координат для описания психического здоровья, т. е. психическое здоровье может быть относительно сохранным на одном уровне и нарушенным на другом. Эта продуктивная идея автора заслуживает пристального внимания и дальнейшего развития.

Представления о механизмах психической патологии. С разрабатываемыми в московской школе представлениями о здоровой психике тесно связаны представления о механизмах психической патологии.

Первое моделирующее представление о психической патологии, основанное на культурно-исторической концепции развития, было разработано Л. С. Выготским. Это *моделирующее представление о патологии как нарушении высших психических функций: недостаточном уровне их осознанности, произвольности и опосредствованности*. Такое моделирующее представление о патологии было разработано им при изучении проблемы умственной отсталости в период становления отечественной педологии, который можно считать первым этапом развития московской школы клинической психологии.

На материале изучения шизофрении он строил еще одну *модель психической патологии как распада понятийного мышления, разрушения лежащего в его основе культурного опыта, аккумулированного в системе значений*. Принципиальной для понимания механизмов патологии была также идея Л. С. Выготского о неразрывной связи аффекта и интеллекта — мотивационной обусловленности многих нарушений психики. Таким образом, ядром модели

патологии, которую развивал Л. С. Выготский, является представление о недоразвитии (умственная отсталость) или утрате (шизофрения) культурных способов организации человеческой психики, снижении уровня осознанности, произвольности и опосредствованности высших психических функций. Идея орудийности психики и модель патологии как дефицита определенных культурных средств и способов организации опыта закладывают основу для понимания психологической помощи как «осредствления», т.е. развития у человека системы средств адекватной компенсации имеющихся дефицитов. На этом этапе начинается сотрудничество Л. С. Выготского с Б. В. Зейгарник и А. Р. Лурия, определившее развитие патопсихологии и нейропсихологии в московской школе.

С конца 1930-х гг. до начала 1950-х гг. отечественная клиническая психология, основанная на идеях Л. С. Выготского, оказалась в глубоком подполье. Однако на этом, втором этапе ее развития происходила дальнейшая конкретизация и отработка ее положений на практике. При этом особенно важную роль сыграла совместная работа Б. В. Зейгарник, А. Р. Лурия, С. Я. Рубинштейн и других психологов в военных госпиталях, где они участвовали в процессе реабилитации раненых.

По мере становления теории деятельности начинает складываться моделирующее представление о *психической патологии как нарушениях психической деятельности*. При этом в качестве важнейших положений выделяются следующие: а) принципиальное единство общих закономерностей и механизмов психической деятельности в норме и патологии; б) качественная специфика нарушений психической деятельности при различных расстройствах в соответствии с системным строением высших психических функций; в) нарушения и распад психической деятельности не являются «негативом развития» (возвратом к более примитивным его формам).

В 1960—1970-х гг. в патопсихологии преобладали исследования, направленные на выделение специфики нарушений высших психических функций и мотивационной регуляции деятельности при различных формах психической патологии. Психологическим этиологическим факторам уделялось мало внимания, что связано с доминированием в то время биологических моделей психической патологии в московской психиатрии. Этот период можно обозначить как третий этап в развитии моделей нормы и патологии в московской школе.

Проведенные исследования позволили уточнить и проиллюстрировать многие общие положения о механизмах и структуре психической деятельности, а также систематизировать особенности психических нарушений при разных заболеваниях и выделить так называемые патопсихологические синдромы или симптомокомплексы (Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф. —

1991; Кудрявцев И. А. — 1982; Блейхер В. М., Крук И. В. — 1980; Сафуанов Ф. С. — 1998). Описание этих синдромов применительно к основным группам психических расстройств позволило углубить представление о системном характере нарушений высших психических функций и сделать существенный шаг в развитии дифференциальной психодиагностики. Было выделено четыре основных симптомокомплекса — *шизофренический*, *психопатический*, *реактивный* и *олигофренический* — в соответствии с основными типами психических расстройств в принятой в то время классификации.

Важным вкладом в анализ структуры деятельности было выделение Б. В. Зейгарник *мотивационного* (*направляющего*), *операционного* (*исполнительного*) *и динамического* (*временна́я развертка*) *аспектов* (Зейгарник Б. В. — 1986). Это различение представляло собой новую схему анализа деятельности и позволило избежать механического переноса общеметодологических схем деятельности А. Н. Леонтьева на материал психической патологии, как это произошло в некоторых других исследованиях. Описанная схема стала важным средством анализа структуры нарушений психической деятельности при разных заболеваниях. ***Появились модели разных форм психической патологии как преимущественного нарушения одного из аспектов деятельности — операционного, динамического, мотивационного.***

Под руководством Б. В. Зейгарник был проведен цикл пионерских исследований, посвященных нарушениям этих аспектов при различных психических расстройствах.

В экспериментальном исследовании Е. Т. Соколовой (1976) было показано, как изменение мотивации принципиально меняет характер протекания деятельности как у здоровых, так и у большинства больных людей. Исключение составила часть больных шизофренией, у которых не формировался так называемый мотив экспертизы, придающий смысл деятельности в условиях патопсихологического исследования. Было проведено три серии исследований, в каждой из них больному предъявлялись изображения, которые необходимо было описать и проинтерпретировать (т. е. предметом исследования выступала перцептивная деятельность). В первой серии была «глухая» инструкция — описать изображения, во второй и третьей — усиливался мотив экспертизы (больным сообщалось, что будут исследоваться их фантазия и интеллектуальные способности).

Изменение инструкции, т. е. резкое усиление экспертной мотивации, существенно меняло тщательность, продуманность и подробность ответов у больных эпилепсией и здоровых испытуемых. Вместе с тем больные эпилепсией зачастую «увязали» в подробностях, погружались в них и теряли основную цель задания — передачу смысла изображенного (операция вычленения деталей становилась самостоятельным действием). У части больных шизофренией ответы оставались достаточно

формальными как в первой, так и последующих сериях, т. е. смыслообразующий мотив деятельности в условиях патопсихологического исследования не формировался вовсе. Это доказывало ведущую роль мотивационного компонента в нарушениях деятельности восприятия у больных шизофренией и операционного и динамического компонентов у больных эпилепсией.

В исследовании М. М. Коченова и В. В. Николаевой нарушения мотивации при шизофрении впервые стали главным предметом анализа. Авторы подчеркнули невозможность выведения изменений личности при шизофрении непосредственно из патологических процессов в мозге. Они выступили со справедливой критикой биологического редукционизма, поставив цель «показать, какое место в структуре шизофренического распада личности занимают нарушения мотивационной сферы, в частности ее иерархического строения и двоякой функции мотивов — побудительной и смыслообразующей» (Коченов М. М., Николаева В. В. — 1978. — С. 11—12). В работе делался вывод, что прежде действенные побудительные мотивы превращаются при шизофрении в «знаемые» и не сохраняют своей побудительной силы.

Нарушается также функция смыслообразования — больным не удается подчинить свои действия поставленной перед ними цели — выбрать из серии заданий разной сложности такие, которые они смогут выполнить за установленный экспериментатором отрезок времени. Если здоровые подчиняют свои действия цели, отказываясь от выбора сложных заданий, то выборы больных носят случайный характер или же происходят под влиянием ситуативно возникшего интереса к отдельным заданиям. Таким образом, был описан механизм нарушения произвольной регуляции деятельности, в основе которого лежат нарушения смыслообразующей функции мотива.

В результате проведенных исследований было установлено, что многие нарушения деятельности при шизофрении (низкая продуктивность, нецеленаправленность) тесно связаны с нарушением мотивационного аспекта деятельности. Подобные же нарушения при органических заболеваниях головного мозга имеют другую структуру и природу. За ними стоят нарушения внимания, утомляемость и истощаемость, т. е. прежде всего нарушения операционного и динамического аспектов деятельности. Так, например, при эпилепсии «больной застревает на стадии контроля за исполнением вспомогательного действия, и мотив из широкой деятельности все больше смещается на выполнение узкой» (Зейгарник Б. В. — 1986. — С. 130). Таким образом, психологические исследования вскрывали разные механизмы, стоящие за внешне сходными нарушениями. Это было практической реализацией методологических принципов системности и детерминизма.

С других позиций проводились исследования познавательной деятельности и ее нарушений при шизофрении в лаборатории патопсихологии Центра психического здоровья РАМН под руководством Ю.Ф. Полякова. Причудливые связи и ассоциации, свойственные больным шизофренией, трактовались как нарушения операции актуализации знаний на основе прошлого опыта, т.е. как нарушения операционного аспекта мышления. Однако в результате многолетних кропотливых исследований коллектив лаборатории пришел к выводу, что за нарушениями операционного аспекта у больных шизофренией стоят нарушения мотивации, что согласовывалось с концепцией Б.В. Зейгарник. Аналогичные данные были получены в другой крупной патопсихологической лаборатории Института социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского (Кудрявцев И.А. — 1982; Сафуанов Ф.С. — 1998).

При изучении нервной анорексии, алкоголизма и некоторых других расстройств психическая патология предстает как нарушение структуры мотивационной сферы личности. Возникает модель психической патологии как утраты широты и иерархии мотивационной сферы и приближение ее к однопиковой (с одним ведущим мотивом) и обедненной. Для человека в качестве ведущей выделяется одна патологическая деятельность, остальные мотивы постепенно утрачивают свою смыслообразующую и побудительную силу. Центральным механизмом таких патологических изменений выступает *механизм сдвига мотива на цель*.

Такие модели возникновения психической патологии были описаны в исследованиях Б.С. Братуся (1974) и М.А. Каревой (1975). Как было указано выше, в норме механизм сдвига мотива на цель выступает в качестве важного механизма развития личности. Однако при определенных обстоятельствах он же может приводить к психической патологии — *формированию патологических потребностей* и *мотивов*.

Так, употребление алкоголя на первых стадиях заболевания обслуживает зачастую такие цели, как снятие напряжения, облегчение общения или заполнение пустоты, скуки, экзистенциального вакуума и т.п. Постепенно происходит все большее привыкание к алкоголю, возникает психологическая зависимость, алкоголь все больше приобретает самостоятельную ценность, становится самостоятельным мотивом деятельности. Наконец, на стадии физиологической зависимости алкоголь превращается в основной смыслообразующий мотив у страдающего алкоголизмом, при этом перестраивается вся мотивационная сфера личности. Отмечается ее обеднение, сужение, снижается критичность и опосредствованность личности (Братусь Б.С. — 1974).

Аналогично, при таком расстройстве пищевого поведения, как нервная анорексия, похудание вначале выступает в качестве цели, а мотивом является красивая внешность, хорошая фигура. Постепенно, однако, деятельность направленная на похудание превращается в самостоятельную, снижение веса становится смыслообразующим мотивом. При этом пациентки, страдающие нервной анорексией, могут достигнуть состояния хакексии — такой степени истощения, когда внешний вид представляется, скорее, уродливым (Карева М.А. — 1975).

В исследованиях В.В. Николаевой и ее сотрудников (1987) было проанализировано влияние тяжелого соматического заболевания (гипертоническая болезнь, хроническая почечная недостаточность, онкологические заболевания и др.) на психическую деятельность и состояние высших психических функций. При этом учитывались биологические факторы в виде хронической органической вредности (нарушения в функционировании организма вследствие хронического соматического заболевания) и психологические в виде изменения социальной ситуации развития личности, которая приравнивалась к кризису развития. Биологические и психологические факторы неизбежно оказывают влияние на состояние психики при тяжелой хронической болезни.

Хроническая органическая вредность приводит к патопсихологическим синдромам, сходным с таковыми при органических поражениях центральной нервной системы. Общие последствия этих нарушений — снижение памяти, внимания, а также умственной работоспособности больных. Тяжесть и характер этих нарушений может быть различным в зависимости от характера органической вредности. Характерным для хронических заболеваний оказались значительные колебания общей продуктивности и выраженности нарушения памяти и внимания в зависимости от периода болезни — резкое ухудшение в периоды обострений и улучшение в периоды ремиссии.

Изменение социальной ситуации развития приводит к изменениям в мотивационной сфере. Как отмечает А.Ш. Тхостов, при хроническом заболевании действует механизм, в каком-то смысле противоположный вышеописанному «сдвигу мотива на цель» — происходит «сдвиг цели на мотив» (Тхостов А.Ш. — 1980). Если до болезни поддержание жизнедеятельности организма служило условием реализации разнообразных потребностей и мотивов, то в условиях тяжелой болезни мотив поддержания существования становится основным и смыслообразующим, происходит обеднение связей человека с миром, его мотивационная сфера сужается и концентрируется вокруг одного центрального мотива — поддержания жизни. В то же время, как показывают исследования (Николаева В.В. — 1987; Тхостов А.Ш., Арина Г.А. — 1990), новая социальная ситуация развития не прямо влияет на изменения мотивационной сферы больных, а опосредствованно, прежде всего через внутреннюю картину заболевания, которая складывается в сознании больного.

В исследовании психопатических личностей также рассматривается патология мотивационной сферы у этих пациентов — с помощью экспериментальных методов было выявлено обеднение мотивационной сферы и нарушение иерархии мотивов (Гульдан В. В. — 1986).

После выхода книги А. Н. Леонтьева «Деятельность. Сознание. Личность» с конца 1970-х гг. начинается четвертый этап развития московской школы клинической психологии, все больше внимания начинает уделяться проблеме сознания, самосознания, смысла, смысловой регуляции и смысловых образований личности.

Если до этого категория деятельности выступала как центральная, а категории личности и сознания как производные от нее, то с момента выхода книги даже само ее название уравнивало их в правах. Предостерегая от абсолютизации категории деятельности и превращения ее во всеобщий объяснительный принцип, Э. Г. Юдин писал: «Из того, например, факта, что человек становится личностью только в деятельности и через деятельность, еще не следует, что понятие деятельности непосредственно объясняет нам все проявления личности... Вывод подобного рода напрашивается и из того простого соображения, что личность есть не только продукт, но и условие деятельности, а это значит, что по крайней мере в известном смысле мы должны и саму деятельность объяснить через личность. Если же от этого отказаться, то мы вместо деятельности получаем Деятельность, при которой личность выступает на правах чисто функционального и, следовательно, в каждом конкретном случае необязательного придатка» (Юдин Э. Г. — 1997. — С. 276—277).

Развитие идей Б. В. Зейгарник о роли мотивационного аспекта в нарушениях психической деятельности выразилось в цикле исследований *нарушений опосредствования* — смысловой и рефлексивной регуляции деятельности при разных формах психической патологии (Зейгарник Б. В., Холмогорова А. Б. — 1985; Зейгарник Б. В., Холмогорова А. Б., Мазур Е. С. — 1989; Лавринович А. Н. — 1985; Мазур Е. С. — 1983; Николаева В. В. — 1992; Холмогорова А. Б. — 1983). Б. В. Зейгарник понимала под опосредствованием не только процесс личностной регуляции деятельности, но и способность к этой регуляции как существенную характеристику личности. Понятие опосредствованности, включающее корень «средство», тесно связано с идеями Л. С. Выготского об инструментальном характере человеческой психики.

Эти последние разработки Б. В. Зейгарник являются важнейшей попыткой дальнейшего развития идей культурно-исторического и деятельностного подхода применительно к проблеме психической нормы и патологии. Под уровнем опосредствованности она понимала прежде всего оснащенность человека средствами саморегуляции своего эмоционального состояния и

поведения. Б. В. Зейгарник любила повторять вслед за Л. С. Выготским, что «мышление должно быть не рабом страстей, а их господином». Опосредствованность — это та особая организация или качество мышления, которое делает человека свободным в плане произвольной регуляции. Что же это за организация, что за качество?

Для конкретизации представления об опосредствованности, его практической, эмпирической разработки, т. е. превращения из идеи в предмет изучения, чрезвычайно продуктивным оказалось моделирующее представление о мышлении как процессе, включающем предметно-операциональное движение и его рефлексивно-личностную регуляцию (Зарецкий В. К., Семенов И. Н. — 1979).

На его основе было выработано новое моделирующее представление о механизмах психической патологии, которые предстают как дефицит средств регуляции деятельности или нарушение рефлексивной способности — способности к контролю, осознанию и изменению оснований своей деятельности, порождению новых смыслов, целей, мотивов. В 1980-е гг. был выполнен упомянутый выше цикл исследований нарушений смысловой и рефлексивной регуляции при шизофрении, неврозах, психопатиях, тяжелой соматической патологии, из которых следует ряд принципиальных выводов относительно мишеней и методов психологической помощи.

В 1980—1990-е гг. возникают первые ***интегративные модели психической патологии***, синтезирующие разработки отечественной и зарубежной клинической психологии. Нам представляется, что этот период можно обозначить как пятый этап в развитии моделей психической патологии в рамках московской психологической школы. Свободный приток информации с Запада все больше переключает внимание московских патопсихологов на роль психологических факторов в этиологии различных психических расстройств. Одновременно с этим происходит освоение и применение на практике различных психотерапевтических подходов.

Е. Т. Соколова разработала интегративную модель психической патологии, направленную на синтез наиболее прогрессивных западных (когнитивной психологии и теории объектных отношений) и отечественных разработок (культурно-исторической теории Л. С. Выготского). Под ее руководством был проведен ряд исследований, посвященных нарушению самосознания и личностного стиля у больных неврозами и при так называемой пограничной личностной организации[1] (Соколова Е. Т. — 1989). Исследования выявили снижение уровня когнитивной дифференцированности в личностном стиле больных обеих групп. В системе са-

[1] См. о разных уровнях личностной организации 3.4.

мооценок это проявляется в малом количестве независимых, не связанных между собой конструктов, отражающих представления человека о себе. Такая жесткая связь оценок по разным параметрам приводит к тому, что при малейшей локальной неудаче может «рушиться» вся самооценка разом. Другим источником неустойчивости самооценки при неврозах и при личностных расстройствах является, согласно Е. Т. Соколовой, более высокая по сравнению с нормой конфликтность упомянутых конструктов, отражающих различные мотивы и ценности.

Под руководством Е. Т. Соколовой был выполнен также ряд работ, направленных на исследование нарушений самоидентичности при личностных расстройствах. Диффузную идентичность личности она связывает с особенностями интерперсональных отношений в раннем детстве, «первичным материнским диалогом» как прообразом всех жизненных отношений человека: «Таким образом, зависимость и недифференцированность интрапсихической организации генетически вырастали из спутанно-недифференцированной системы насыщенных аффектом межличностных отношений и, будучи интериоризованными, становились генерализованным способом познания, отношения к себе и к Другому» (Соколова Е. Т., Бурлакова Н. С., Лэонтиу Ф. — 2001. — С. 15).

В рассматриваемой концепции указывается на сходство идей теории объектных отношений об «интернализации» особенностей эмоциональных связей и их трансформации в особенности психических структур с идеей интериоризации в рамках отечественной культурно-исторической концепции развития психики в онтогенезе. В ней как и в теории объектных отношений особенности когнитивной организации выводятся из раннего опыта и характера коммуникаций с фигурами раннего детства. При этом привлекаются эвристичные представления отечественной психологии об интериоризации опыта общения, о диалогическом характере сознания: работа сознания предстает как диалог, в котором звучат голоса значимых близких с их типичными представлениями и отношениями. Разработки Е. Т. Соколовой представляют собой важную попытку создания интегративной психологической модели пограничной психической патологии (Соколова Е. Т., Николаева В. В. — 1995).

Особенности смысловой организации опыта при различных формах личностной патологии были исследованы под руководством Е. Ю. Артемьевой с помощью методики семантического дифференциала Ч. Осгуда (Артемьева Е. Ю. — 1980). Семантический подход рассматривается в этих исследованиях как способ операционализации и изучения смысловых образований личности. Одно из наиболее фундаментальных исследований принадлежит Ф. С. Сафуанову (1986), показавшему, что оценки объектов

(и, соответственно, система личностных смыслов) при личностной патологии недостаточно дифференцированы и иерархизированы, что ведет к лабильности и неэффективности личностно-смысловой регуляции деятельности у этих пациентов.

Н. С. Курек предложил модель психической патологии как снижения психической активности. На материале изучения уровня притязаний при различных психических расстройствах (шизофрения, депрессия, наркомания) он выявил нарушения процесса целеполагания в виде различных трудностей постановки и достижения целей. Кроме того, при всех этих формах патологии были обнаружены нарушения эмоциональной сферы в виде нарушения процесса переживания эмоций, а также распознавания эмоционального состояния других людей. Указанные нарушения трактуются с системных позиций как обусловленные, с одной стороны, биологическими причинами, с другой — нарушениями адаптивной, защитной и интегративной функций «Я».

А. Ш. Тхостовым совместно с В. В. Николаевой и Г. А. Ариной в рамках разработки нового направления в психологии — *психологии телесности* — была предложена патопсихологическая модель внутренней картины болезни как особой формы представленности телесности в сознании человека, в том числе и болезненных симптомов. Эта представленность опосредствована культурой, языком, она зависит от содержащихся в культуре средств осмысления телесности в виде мифов о болезни, представлений о теле. Согласно этой модели тело человека выступает не как природный объект, а как продукт культуры. Поэтому болезнь представлена не просто ощущениями — чувственной тканью, но и системой смыслов и значений.

Обобщенная модель внутренней картины болезни как многоуровневого образования (включающего чувственную ткань, значение ощущений и личностный смысл) является одинаково применимой как для соматической, так и для психической патологии, при которой также всегда имеются соматические симптомы. В ней интегрированы культурно-историческая концепция Л. С. Выготского, теория деятельности А. Н. Леонтьева и разработки западных философов-структуралистов. «С изложенной позиции телесное страдание (болезнь) необходимо рассматривать не как натуральное дефицитарное состояние, но прежде всего как предмет овладения — социализации, внутреннюю картину болезни как семиотическую систему, а телесное интерацептивное ощущение как сложную текстовую, знаково-символическую структуру, а не просто возбуждение интерорецепторов (т. е. не рефлекторное отражение натурального состояния, а культурное восприятие культурного предмета)» (Тхостов А. Ш. — 2002. — С. 267).

В 1990-е гг. в рамках методологии системного биопсихосоциального подхода А. Б. Холмогорова и Н. Г. Гаранян начали разра-

батывать интегративную многофакторную модель расстройств аффективного спектра (депрессивных, тревожных, соматоформных и др.) (Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г. — 1998, 1999). Эта модель направлена на выделение системы психологических факторов расстройств аффективного спектра, относящихся к разным уровням: макросоциальному, семейному, личностному, интерперсональному. Особое значение придается культуральным факторам в распространении аффективной патологии. Влияние этих факторов выражается в доминировании патогенных культуральных ценностей и стереотипов, которые через определенные механизмы семейного воспитания закрепляются в виде системы личностных ценностей, установок и смыслов, а также когнитивных искажений. Возникает так называемая личностная уязвимость к определенным формам психической патологии. Эта модель соединяет идеи отечественного культурно-исторического подхода к проблеме нормы и патологии, разработки социального психоанализа, системной семейной, интерперсональной и когнитивной психотерапии.

* * *

Таким образом, в московской школе здоровая личность трактуется как активный субъект собственной деятельности с разветвленной иерархизированной мотивационной сферой, развитой способностью к опосредствованию (рефлексивной регуляции психических процессов и поведения) и установлению глубоких эмоциональных контактов с другими людьми.

Можно выделить ряд моделирующих представлений о механизмах психической патологии в московской школе: 1) недоразвитие или утрата культурных способов организации психики (осознанности и опосредствованности высших психических функций) (Л. С. Выготский); 2) преимущественное нарушение одного из аспектов психической деятельности — мотивационного, операционного, динамического (Б. В. Зейгарник; Ю. Ф. Поляков); 3) утрата иерархии мотивов, обеднение и искажение мотивационной сферы, ведущее к сужению связей человека с миром, вплоть до формирования примитивной однопиковой организации (Б. В. Зейгарник; Б. С. Братусь; А. Ш. Тхостов); 4) преимущественное нарушение одного из трех уровней психического здоровья — психофизиологического, индивидуально-психологического и ценностно-смыслового (Б. С. Братусь); 5) нарушения рефлексивной и смысловой регуляции психической деятельности (Б. В. Зейгарник, В. В. Николаева, А. Б. Холмогорова); 6) дефицитарность когнитивных структур и личностной идентичности как следствие нарушенных детско-родительских отношений (Е. Т. Соколова); 7) дефицит психической активности, выражающийся в нарушениях процесса целеполагания и эмоционального реагирования (Н. С. Курек); 8) трансформация дисфункциональных культуральных и семейных отношений, способов коммуникаций, норм и ценностей в личностную и когнитивную уязвимость к болезни (А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян).

6.1.5. Основные теоретико-методологические принципы

Принцип культурного происхождения и опосредствованного системного строения высших психических функций человека (*понятия*: *натуральные и высшие психические функции*, *интериоризация*, *знак*, *значение*).

Ключевой для культурно-исторической теории Л. С. Выготского является проблема возникновения и развития сознания, которое понималось им как система высших психических функций человека. В качестве источника их развития он рассматривал культуру, социум. Коренное отличие строения высших психических функций человека от психических процессов у животных усматривалось в их опосредствованном строении. Это означает, что, решая задачи запоминания, усвоения нового материала и т. п., человек использует определенные средства, выработанные в процессе развития человечества. Классическим примером такого опосредствования стал узелок, который завязывается на память, с целью напоминания о выполнении какого-то действия. Узелок здесь и выступает в качестве знака, в данном случае мнемотехнического средства, которое доступно только человеку.

Л. С. Выготский ввел также категорию значения в качестве единицы анализа мышления как высшей психической функции. Он рассматривал значения как выработанные в человеческой культуре идеальные образования, выступающие в качестве основы, образующей ткань сознания.

Опосредствованный орудийный характер человеческой психики был показан Л. С. Выготским и его последователями (П. Я. Гальперин, А. Н. Леонтьев, А. В. Запорожец, П. И. Зинченко и другие) в ряде оригинальных экспериментальных исследований. Этот принцип остается одним из центральных, отличающих концептуальную схему психики как предмета изучения в московской психологической школе. В процессе развития внешние средства интериоризируются и становятся внутренними. Согласно Л. С. Выготскому, каждая высшая психическая функция появляется на свет дважды — первый раз в совместной деятельности со взрослым в экстериоризованном, внешнем виде (в качестве средства используются счетные палочки, карточки с рисунками и т. д.), и лишь затем происходит ее интериоризация — внешние средства становятся внутренними, а внешняя деятельность — внутренней, свернутой (устный счет, запоминание в опоре на образы и т. д.).

Системное строение высших психических функций было показано в теоретических и эмпирических исследованиях А. Р. Лурия, выделившего разные уровни или блоки обеспечения психической деятельности, связанные с уровнями ее мозговой организации. В соответствии с этим структура нарушения и распада психиче-

ских функций может быть принципиально различной в зависимости от локализации поражения мозга и имеет системный характер. Принцип системного строения высших психических функций лег в основу практики их восстановления в результате локальных поражений центральной нервной системы.

В соответствии с данным принципом главными параметрами развития высших психических функций являются *осознанность*, *произвольность*, *опосредствованность*, *системность*.

Принцип активности субъекта (*понятия*: *предметное действие*, *психическое действие*).

Идея, что в основе развития психики лежит собственная активность субъекта, а не среда или бессознательные инстинкты, была новаторской, она принципиально меняла взгляд на психику, на человека, на проблемы воспитания и обучения. Данный принцип означает иное понимание детерминизма в психологии, согласно этому принципу все психические акты человека есть активные действия. Эта активность и есть основной двигатель развития.

Переход к рассмотрению функционирования психики как системы действий был важным этапом в развитии культурно-исторической концепции, естественно вытекавшим из принципа орудийности человеческой психики. Цикл исследований сенсорных, перцептивных, мнемических и умственных действий доказывал генетическую связь этих действий с практическими. Так, А. Н. Леонтьев показал, что с возрастом увеличивается способность использовать различные средства запоминания для увеличения объема запоминаемого материала. Знаменитый параллелограмм развития (кривые непосредственного и опосредствованного запоминания в разных возрастах) наглядно демонстрировал прирост запоминания с возрастом, по мере увеличения способности к опосредствованному запоминанию.

Принцип единства сознания и деятельности (*понятия*: *предметная деятельность*, *психическая деятельность*, *действие*, *операция*, *сознание*, *интериоризация*).

Категория деятельности была введена в отечественную психологию С. Л. Рубинштейном и А. Н. Леонтьевым. В отечественной литературе велись жаркие споры относительно приоритетов в разработке принципа деятельности, а также принципа единства сознания и деятельности. Мы не считаем возможным комментировать здесь этот спор и выражать собственную позицию. Отметим лишь, что детальная разработка этого принципа и самой теории деятельности была осуществлена А. Н. Леонтьевым. Согласно С. Л. Рубинштейну и А. Н. Леонтьеву, внутренняя деятельность сознания вторична: она формируется в процессе интериоризации внешней предметной деятельности. Интериоризация состоит не в простом перемещении внешней деятельности во

внутренний план сознания, а в формировании самого этого плана.

Детальный анализ процесса интериоризации проведен П. Я. Гальпериным и его последователями в цикле исследований, на основе разработанного им *метода поэтапного формирования умственных действий и понятий*. Были выделены внешние условия, которыми определяются тип формирования и качество формирующихся умственных действий, а также этапы, которые проходит действие, трансформируясь из внешнего (материального) во внутреннее (идеальное) (Гальперин П. Я. — 1959, 1966).

Таким образом, правильно говорить о деятельности мышления, деятельности восприятия и т. д. Внутренняя деятельность, в свою очередь, переходит во внешнюю, когда реализуются проекты, цели и намерения человека, существовавшие до этого в идеальном плане. А. Н. Леонтьев также описал строение деятельности в виде широко известной «трехчленки»: *деятельность — действие — операция*.

Многие современные методологи говорят об известной ограниченности этого подхода, исходя из того, что развитие сознания несводимо лишь к процессам интериоризации-экстериоризации деятельности.

Принцип самодвижения деятельности (*понятия*: *мотив*, *цель*).

В деятельностном подходе снимается проблема механистического детерминизма, или как его еще называют детерминизма «бильярдного шара». Согласно принципу самодвижения деятельности причины трансформаций психической деятельности заложены в ней самой. Новые мотивы и, соответственно, новые формы активности и поведения возникают в результате того, что цели, подчиненные определенным мотивам, начинают обладать самостоятельной побудительной силой. Классический пример этого механизма — возникновение учебной мотивации у младших школьников (см. 6.1.2). И наоборот, произвольные действия, первоначально направленные на достижение сознательно поставленных целей, могут постепенно превращаться в автоматизированные операции, освобождая сознание для новых задач и новых видов деятельности.

Принцип единства биологического и социального в психике человека (*понятие*: *функциональная система*).

Противопоставление биологического и социального характерно для западной психологии. Соответственно многие западные теории развития (например, классический психоанализ) основаны на представлении о конвергенции этих двух факторов в качестве двух основных движущих сил. Развивая культурно-историческую концепцию Л. С. Выготский пришел к выводу, что у человека нет собственно биологического начала, которое бы про-

тивостояло социальному и находилось бы в конфликте с ним. Вся психика человека изначально социальна, а биология представляет собой лишь условия, в которых она формируется. Сама же психика не сводима ни к какой биологии. Л. С. Выготский был последовательным критиком и противником биологического редукционизма в виде попыток сведения сложных психических процессов к деятельности центральной нервной системы.

Вместе с тем он придавал очень большое значение исследованиям биологических субстратных основ психики и заложил основы нейропсихологии — науки о мозговой системной организации высших психических функций. Его идея функциональных систем противостояла господствовавшим тогда представлениям о постоянных и специфических функциях мозговых центров. Она была положена в основу научной нейропсихологии, а также принципов восстановления высших психических функций при локальных поражениях мозга (А. Р. Лурия, Е. Д. Хомская, Л. С. Цветкова и др.). Фундаментальные труды А. Р. Лурия придали нейропсихологии статус самостоятельной науки.

Принцип единства аффекта и интеллекта (*понятие*: *динамическая смысловая система*).

Этот принцип был сформулирован Л. С. Выготским в качестве основополагающего для изучения развития сознания. «Кто оторвал мышление с самого начала от аффекта, тот навсегда закрыл себе дорогу к объяснению причин самого мышления...» (Выготский Л. С. — 1983. — С. 21).

Единство аффекта и интеллекта понимается как динамический процесс: в онтогенезе аффект и интеллект меняются местами, эмоции становятся «умными», они регулируются мышлением. В таком динамическом системном понимании связи аффекта и интеллекта лежит ключ к решению давнего тупикового спора в психологии, в рамках которого эта связь рассматривается вне проблемы развития. Постулируются механистические причинно-следственные отношения первичности либо аффекта, либо интеллекта. Для изучения аффекта и интеллекта в их единстве Л. С. Выготский предложил понятие динамических смысловых систем. Его последователями аффект изучался в форме мотивационной и эмоциональной регуляции когнитивных процессов. Позднее понятие смысловых образований личности становится предметом специальной разработки (Асмолов А. Г. и др. — 1979).

Принцип неравномерности развития и ведущей роли обучения в развитии (*понятия*: *ведущая функция*, *ведущая деятельность*, *кризис*, *сенситивный период*, *зона ближайшего развития*).

Данный принцип восходит к идеям Л. С. Выготского о том, что в процессе развития на первый план выдвигается то одна, то другая психическая функция, а также к его моделирующему представлению о революционном характере развития. Позднее эти идеи были соединены с деятельностным подходом и стали основой для периодизации детского развития по критерию ведущей деятельности (Эльконин Д. Б. — 1995).

Этот принцип тесно связан с первым, касающимся системного строения высших психических функций. Л. С. Выготский рассматривал сознание не как сумму отдельных психических процессов, а как систему, имеющую определенную структуру. Соответственно психические функции не развиваются изолированно, их развитие зависит от места в общей структуре. В раннем возрасте в центре развития находится восприятие, а все остальные функции развиваются при его доминирующем влиянии. Затем на первый план выходит память (дошкольный возраст), а затем — мышление (школьный возраст). С принципом неравномерности развития тесно связано понятие сенситивных периодов для развития и тренировки той или иной функции.

Ведущая роль обучения также вытекает из первого принципа о культурном происхождении психики. Понятие зоны ближайшего развития, связанное с обоими принципами, является важнейшим для разработки стратегии обучения и компенсации нарушений развития.

* * *

Выделенные принципы являются основополагающими при разработке моделей нормы и патологии в московской школе клинической психологии. Они существенно отличают ее от рассмотренных выше школ западной психологии в аспекте представлений о роли культуры и собственной активности человека в нормальном психическом развитии и отклонениях от него.

6.1.6. Исследовательские правила и процедуры

Основным методом исследования и получения данных в московской школе патопсихологии являлся *психологический эксперимент* (Зейгарник Б. В. — 1986; Рубинштейн С. Я. — 1970). Первые эксперименты, соответствующие выделенному выше подготовительному этапу становления отечественной клинической психологии, были проведены Л. С. Выготским и его сотрудниками. В соответствие с разработанными им моделирующими представлениями о патологии как нарушении осознанности, произвольности и опосредствованности высших психических функций, исследовательские процедуры были направлены на изучение именно этих параметров.

Важной экспериментальной процедурой стало *исследование способности к использованию средств самоорганизации и само-*

регуляции деятельности при постановке задачи их применения. Образцом является исследование развития памяти в онтогенезе, проведенное в 1930-е гг. А. Н. Леонтьевым под руководством Л. С. Выготского. Эта процедура позволяет определить степень сохранности опосредствования и способность к саморегуляции деятельности при разных психических расстройствах и при нарушениях развития.

Методика получила название методики опосредствованного запоминания А. Н. Леонтьева и широко использовалась и используется в клинической психодиагностике. В этой методике средством запоминания выступают готовые карточки с картинками, которые испытуемый подбирает к словам для запоминания, чтобы с их помощью лучше вспомнить эти слова. Широкую известность получила методика пиктограмм, разработанная А. Р. Лурия также для исследования опосредствованного запоминания. В ней испытуемым предлагалось запомнить серию слов с помощью собственных рисунков, которые им нужно придумать как средство напоминания к каждому слову (см.: Рубинштейн С.Я. — 1970).

Данная процедура, основанная на моделирующих представлениях культурно-исторической теории Л. С. Выготского и не имеющая аналогов в западных традициях, широко используется в клинической психодиагностике. Она развивается московскими клиническими психологами и в качестве важного средства изучения особенностей нарушения высших психических функций при различных расстройствах.

В 1980-е гг. процедура исследования способности к опосредствованию в модифицированном виде была использована в лаборатории патопсихологии (рук. Ю. Ф. Поляков) Центра психического здоровья РАМН для исследования нарушений произвольной регуляции процесса запоминания у больных шизофренией. Испытуемым предлагалось запомнить большую серию слов сразу после прослушивания (I серия), организуя слова в группы по смыслу (II серия), опираясь на смысловые группы, выделенные экспериментатором (III серия). Сравнение со здоровыми и больными невротическими расстройствами показало, что больные шизофренией в гораздо меньшей степени способны самостоятельно создавать и использовать средства для запоминания в виде смысловых группировок слов, что позволило авторам исследования сделать вывод о снижении у них способности к опосредствованию психической деятельности (Критская В. П., Савина Т. Д. — 1982). В 2000-х гг. с помощью этой процедуры в лаборатории клинической психологии и психотерапии (рук. А. Б. Холмогорова) Московского НИИ психиатрии проводилось исследование нарушения произвольной регуляции познавательной деятельности у больных резистентными депрессиями (Пуговкина О.Д. — 2006), также показавшие выраженные нарушения опосредствования у этих пациентов.

Особую важность имели исследования понятийного мышления, так как согласно культурно-исторической теории именно через систему значений присваивается культурный опыт человечества и средства организации индивидуальной психики. В серии экспериментов, проведенных совместно с Л. С. Сахаровым, Л. С. Выготский исследовал строение понятий при шизофрении. Для этого была разработана специальная *процедура формирования понятий* — испытуемому предлагался набор фигурок, различающихся цветом, размером, формой и толщиной. Разные фигурки можно было объединить по определенному признаку в группы. Эти группы имели названия, в качестве которых служили бессмысленные слоги (например: «цев», «лаг» и т. п.). Испытуемый должен был сам выявить эти группы в процессе оперирования фигурками при дозированной помощи экспериментатора (Рубинштейн С. Я. — 1970), т. е. особенности строения сознания исследовались в процессе собственной деятельности испытуемого.

Исследователи пришли к выводу о разрушении понятийного мышления у больных шизофренией. Вместо понятийного мышления они выявили так называемые комплексы и коллекции — более примитивные способы обобщения, описанные Л. С. Выготским при исследовании развития понятийного мышления в онтогенезе. Эти эксперименты послужили поводом для многолетней дискуссии относительно природы нарушения мышления при шизофрении в отечественной клинической психологии. Они же задали еще одно исследовательское правило, воплощенное затем в фундаментальных исследованиях по формированию умственных действий школы П. Я. Гальперина — *изучать психические функции в процессе их формирования* (Гальперин П. Я. — 1959, 1966).

В московской школе была проведена большая серия экспериментов, направленных на исследование особенностей понятийного мышления у больных разных групп (Б. В. Зейгарник, Ю. Ф. Поляков, Т. К. Мелешко, В. П. Критская и др.). Широко применялись *исследовательские процедуры, в которых перед испытуемым ставилась задача на оперирование признаками различных понятий* — сравнение, классификация понятий и т. д.

Подобные экспериментальные процедуры получили широкое распространение в отечественной клинической психологии — *исследование психических функций происходило в процессе организуемой экспериментатором деятельности испытуемого, направленной на решение какой-либо задачи.* Данная процедура связана с важнейшим исследовательским правилом московской школы клинической психологии — *судить о состоянии высших психических функций не по продукту деятельности, а по процессу.* Это правило, в свою очередь, связано с принципом системного строения высших психических функций и с понятием «зоны ближайшего развития».

Методы количественного измерения психических функций, например уровня интеллекта (IQ), и различного рода опросники являлись предметом критики в московской школе, так как не позволяли осуществить качественный анализ нарушенных механизмов психической деятельности и вскрыть качественные различия, стоящие за одним и тем же результатом измерений. Применительно к диагностике психических функций у детей это касалось прежде всего идей Л. С. Выготского о том, что *диагностике подлежит «зона ближайшего развития ребенка», а не только актуальный уровень знаний.* Иначе говоря, оценка развития предполагает выявление того, что ребенок пока не может делать самостоятельно, но может сделать с помощью взрослого.

В опоре на правило изучения психических функций в процессе их формирования А. Я. Ивановой была разработана специальная процедура диагностики нарушений развития — *обучающий эксперимент* (Иванова А. Я. — 1973, 1976). Определение зоны ближайшего развития ребенка происходило в этом эксперименте на основе оценки объема необходимой помощи со стороны взрослого для решения той или иной задачи. Этот тип экспериментальной процедуры противопоставлялся наиболее распространенной процедуре диагностики развития в западной психологии с помощью так называемых тестов интеллектуального развития, измерявших уровень психического развития ребенка по конечному результату его деятельности.

На последующих этапах развития московской школы клинической психологии, когда в центре внимания оказывается структура деятельности и мотивационно-смысловая сфера личности, патопсихологический эксперимент стал широко использоваться для их изучения. Б. В. Зейгарник называла этот подход опосредствованным изучением личности, при котором мотивы и личностные смыслы раскрываются в ситуации выполнения человеком различных познавательных задач. Соответственно, можно говорить о принципе или *правиле использования процесса познавательной деятельности для исследования личности.*

Б. В. Зейгарник вошла в историю мировой психологии благодаря своим знаменитым экспериментам берлинского периода по исследованию памяти под руководством К. Левина. Она показала, что прерванные, незавершенные действия сохраняются в памяти дольше и лучше, чем завершенные. Культуру проведения эксперимента, которой она овладела в школе К. Левина, Б. В. Зейгарник соединила с деятельностным подходом, что позволило получить важные данные о характере нарушений мотивации и целеполагания при различных психических расстройствах.

Исследовательские процедуры Левиновской школы строились как эксперименты, направленные на создание определенной мотивации у испытуемых (К. Левин называл эти особые внутренние

состояния заряженными системами или намерениями) с целью выявления законов ее динамики. Многие процедуры этих экспериментов были использованы Б. В. Зейгарник для изучения психической патологии.

Например, в качестве модели для изучения процесса целеобразования как важнейшей основы протекания деятельности в московской школе активно использовалась методика уровня притязаний, взятая из экспериментов другого ученика К. Левина Ф. Хоппе (Бежанишвили Б. И. — 1967; Корнилов А. П. — 1980; Курек Н. С. — 1996; Холмогорова А. Б. — 1983; и др.). В этой методике испытуемым предлагается выполнять серию каких-либо заданий. При выполнении каждого задания испытуемый получает обратную связь об уровне его выполнения. Зная свой уровень достижений, испытуемый должен сформулировать предполагаемый уровень выполнения следующего задания (последняя переменная получила название уровня притязаний). Давая обратную связь, экспериментатор может искусственно создавать ситуацию успеха или неуспеха. Конструктивность процесса целеобразования определяется способностью испытуемого учитывать свои реальные достижения, адекватно реагировать на успех и неуспех.

Можно выделить следующие о с н о в н ы е п р и н ц и п ы, или п р а в и л а п р о в е д е н и я п а т о п с и х о л о г и ч е с к о г о э к с п е р и м е н т а (Рубинштейн С. Я. — 1970; Зейгарник Б. В. — 1986): 1) моделирование деятельности в форме решения различных перцептивных, мнестических и познавательных задач в контролируемых условиях; 2) расхождение между инструкцией и действительной целью задания, чтобы уменьшить возможность контроля и сознательного искажения тех параметров психических процессов, которые исследуются (например, в методике «пиктограмм» дается инструкция о проверке памяти, а исследуются целенаправленность деятельности, способность к опосредствованию, личностные особенности); 3) сочетание количественного и качественного анализа при преимущественной направленности на качественный анализ психической деятельности, т.е. внимание не к результату, а способам работы — типу и характеру ошибок, отношению к ним испытуемого, реакции на замечания экспериментатора и т. д.; 4) отказ от чрезмерной стандартизации процедуры исследования, так как целью эксперимента может быть исследование способности к принятию помощи, совместному преодолению ошибок и т. д.; 5) объективная, подробная фиксация всех данных — действий и высказываний испытуемого и экспериментатора; 6) варьирование различных параметров или условий выполнения деятельности с целью выявления их роли в протекании и нарушениях психической деятельности (например, изменение мотивации или типа задачи); 7) построение системы гипотез для обоснованного варьирования условий проведения эксперимента; 8) включение в исследование контрольной группы наряду с экспериментальной.

Для исследования мотивационно-смысловой сферы использовался также *метод психологического анализа жизненного материала и историй болезни*. В московской школе он стал впервые активно использоваться в работах Б. С. Братуся (1974). Этот метод позволил проследить трансформацию мотивационной сферы человека в процессе формирования патологической потребности в алкоголе, он успешно применялся в других исследованиях нарушений мотивационно-потребностной сферы личности, выполненных под руководством Б. В. Зейгарник (Карева М. А. — 1975).

Западные методы начинают активно осваиваться отечественными патопсихологами с 1970-х гг. В работах Н. К. Киященко и Е. Т. Соколовой для исследования мотивационно-смысловой сферы личности были впервые использованы зарубежные проективные методы, т. е. такие методы, в которых цели и способы действия прямо не заданы человеку. Таким образом, в проективных тестах его мотивы, смыслы и цели как бы проецируются на свободную ситуацию исследования и могут быть реконструированы. Попытка модификации широко известной методики Г. Мюррея «Тематический апперцептивный тест» (ТАТ), на основе теории деятельности была предпринята В. Э. Реньге (1976). В настоящее время с помощью проективных методов проводятся исследования личностной патологии под руководством Е. Т. Соколовой.

Важным событием была адаптация знаменитого американского опросника *MMPI* спустя 20 лет после его создания (Березин Ф. Б., Мирошников М. П. — 1969). Для изучения смысловой сферы личности (выявления системы личностных смыслов, представлений о себе и о мире) широко использовался метод семантического дифференциала Осгуда и личностных конструктов Дж. Келли, начиная с работ Е. Ю. Артемьевой (Артемьева Е. Ю. — 1980; Сафуанов Ф. С. — 1986; Соколова Е. Т. — 1989).

Понятие рефлексии оказалось конструктивным для изучения уровня опосредствованности, произвольности и осознанности деятельности — главных характеристик зрелости высших психических функций, по Л. С. Выготскому, и личностной зрелости, по Б. В. Зейгарник. Впервые изучение нарушений рефлексивной регуляции познавательной деятельности было проведено на материале решения творческих задач. Анализ проводился на основе *методики анализа речевой продукции* В. К. Зарецкого, И. Н. Семенова (1979). Эта методика является оригинальным развитием метода реконструкции процесса мышления на основе инструкции «думать вслух» К. Дункера. Различные речевые высказывания соотносились с предметно-операциональным и регуляторным — рефлексивно-личностным уровнем. Это позволило выявить нарушения рефлексивно-личностной регуляции у больных шизофренией (Холмогорова А. Б. — 1983) и при различных формах патологии характера (Лавринович А. Н. — 1985).

В основе рефлексивной регуляции лежит способность к децентрации — отношению к своему действию как предмету анализа и помещению его в более широкий контекст альтернативных возможностей. Для оценки способности к децентрации как одному из компонентов рефлексивной регуляции, а также мотивационной направленности мышления была разработана специальная процедура. Основным условием правильного выполнения задания в этой процедуре является учет позиции другого человека — воображаемого или реального партнера по общению и действию (Холмогорова А. Б. — 1983; Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф. — 1991).

На этапе разработки интегративных моделей начинают все шире привлекаться зарубежные опросники, направленные на выявление психопатологической симптоматики (так называемые симптоматические опросники), различных характеристик личности, когнитивного стиля, эмоциональной сферы и поведенческих стратегий. Одной из основных трудностей этого этапа является трудоемкая процедура стандартизации этих методик на отечественной популяции. Большая заслуга в осуществлении этой задачи принадлежит Н. В. Тарабриной, под руководством которой в лаборатории психологии посттравматического стресса Института психологии РАН, была проведена стандартизация многих зарубежных опросников (Тарабрина Н. В. — 2001).

А. Р. Лурия разработал батарею методик для диагностики локальных поражений мозга, которая под названием «луриевские методы» до сих пор пользуется популярностью у нас в стране и за рубежом. В настоящее время эти методы применяются не только для исследования локальных поражений могза, но и для исследования широкого круга других психических расстройств (шизофрении, сосудистых поражений головного мозга, деменций позднего возраста). Как отмечают Н. К. Корсакова и Л. И. Московичюте, изучение психических расстройств привело к «формированию нового термина — "нейрокогнитивные расстройства", который стремительно ворвался в описание психической патологии... В сущности, речь идет о подходе, в рамках которого можно понять или интерпретировать расстройства в познавательной (когнитивной) сфере в связи с изменениями в работе мозга и его отдельных структур» (Корсакова Н. К., Московичюте Л. И. — 2003. — С. 4). Это привело к смещению топического диагноза на функциональный, что значительно повлияло на исследовательские правила анализа и интерпретации данных.

* * *

Таким образом, можно говорить о высокой культуре эксперимента в московской школе клинической психологии, представители которой

создали ряд оригинальных исследовательских процедур на основе культурно-исторической теории Л.С.Выготского. В золотой фонд мировой клинической психологии вошли «луриевские методы».

6.2. Ленинградская психологическая школа

6.2.1. Исторический контекст развития

Становление ленинградской психологической школы тесно связано с именами Б.Г.Ананьева и В.Н.Мясищева (см. 1.5). Оба они являлись учениками **Владимира Михайловича Бехтерева**, стоявшего у истоков развития клинической психологии в России и основавшего в 1907 г. Психоневрологический институт, ставший центром развития ленинградской школы клинической психологии[1]. В.Н.Мясищев работал также под руководством безвременно ушедшего из жизни А.Ф.Лазурского — талантливого психолога-исследователя, оказавшего особенно большое влияние на формирование его научного мировоззрения. Широкий круг интересов А.Ф.Лазурского — исследования в области психодиагностики и психологии характера — во многом определили направления исследований его сотрудников.

В 1927 г. неожиданно и трагически (вскоре после вызова в Кремль для консультации Сталина) умер В.М.Бехтерев, и В.Н.Мясищев потерял второго своего учителя. В 1939 г. он возглавил Психоневрологический институт, который в это время уже носил имя своего создателя. Как и всем психологам, занимающимся в то время клинической психодиагностикой, ему пришлось пережить тяжелые времена репрессий. В период так называемой оттепели В.Н.Мясищев возглавил работу по возрождению психодиагностики. Им были подготовлены ученики и заложены основы ленинградской школы клинической (медицинской) психологии. «После того как были сняты организационно-идеологические препятствия (а частично и в то время, когда они еще существовали), этой школой был организован стимулируемый лично В.Н.Мясищевым поиск известных в мире психодиагностических методик и специальной литературы, началась разработка собственных методов исследования, были опубликованы первые руководства по медицинской психологии и психодиагностике» (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. — 2004. — С. 53).

В.Н.Мясищев внес значительный вклад в развитие клинической психологии и разработку моделирующих представлений о

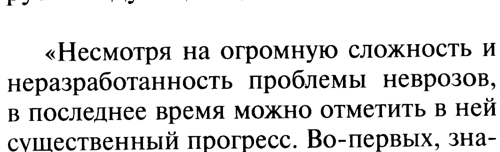
---

[1] Для удобства и во избежание путаницы мы будем употреблять термин «клиническая психология», хотя сами ленинградцы, как это было указано в гл. 1, пользовались термином «медицинская психология».

психической норме и патологии. Его концепция зарождалась в процессе практической и теоретической деятельности врача-психиатра, проявлявшего большой интерес к разработке психологических методов помощи психически больным. Фактически эта концепция представляет собой одну из первых попыток биопсихосоциального подхода в отечественной психиатрии и клинической психологии, что хорошо иллюстрирует следующая цитата.



Владимир Михайлович Бехтерев (1857—1927)



«Несмотря на огромную сложность и неразработанность проблемы неврозов, в последнее время можно отметить в ней существенный прогресс. Во-первых, значительно продвинулось психологическое понимание невроза и процесса психогении, приводящей к образованию болезни, называемой психоневрозом. Во-вторых, значительно углубилось понимание механизмов нервной деятельности, и в частности тех расстройств, которые близки по своим проявлениям к психоневротической симптоматике. Психологи-психотерапевты особенно способствуют развитию первого направления, органицисты — анатомо-физиологи — второго. К сожалению, данные и теоретическая аргументация представителей обоих направлений в отдельности односторонни и бедны. Первые, сосредоточившись на психогенном процессе образования болезни, на роли переживаний, особенностей личности и т.п., в большей или меньшей степени недооценивают или игнорируют роль телесной (в частности, мозговой) стороны. Вторые, исходя из материала органических поражений и физиологического эксперимента, по аналогии с ними объясняют картину неврозов, физиологизируют понимание их и недоучитывают роль психогении. По-видимому, вопрос можно правильно решить лишь путем синтеза обоих направлений» (Мясищев В.Н. — 1960. — С. 262—263).

В.Н.Мясищев подчеркивал, что «психоневроз и личность обусловлены конкретными историческими условиями того периода, к которому относится заболевание и его носитель» (там же. — С. 256). Психологам приходилось избегать упоминания конкретных патогенных социальных обстоятельств и локализовать источники патологии в «пережитках прошлого», а также «недостаточном умении личности продуктивно воспользоваться теми огромными возможностями, которые предоставляет наша действительность для того, чтобы справиться со своими трудностями» (там же. — С. 261). Делая эту неизбежную уступку историческим обстоятельствам, В.Н.Мясищев сосредоточил свое внимание на

важной роли микросоциального контекста, а именно стиля родительского воспитания в патологии развития личности: «Патологическое развитие позволяет нам отметить роль уродливых еще в раннем детстве взаимоотношений в семье ребенка» (там же. — С. 259). Эти идеи представляли собой значительный шаг вперед от биологического редукционизма в сторону комплексного системного подхода к проблеме психической нормы и патологии.

Заслуживает также самого глубокого уважения и то, что в 1960-е гг. В. Н. Мясищев осмеливался открыто говорить о приоритетных заслугах З. Фрейда в понимании неврозов: «До Фрейда характеристика психогенных, преимущественно истерических нарушений, была основана на клинико-эмпирических феноменологически устанавливаемых симптоматических особенностях (Мебиус, Бабинский и др.). Со времени Фрейда был сделан в этом отношении новый шаг, попытка связать характер и содержание симптома с историей жизни и переживаниями личности и подойти, таким образом, к причинно-генетическому пониманию» (там же. — С. 263).

Начиная с 1966 г., работу в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева В. Н. Мясищев сочетал с работой на факультете психологии ЛГУ им. А. А. Жданова, которым вплоть до своей смерти в 1972 г. руководил **Борис Герасимович Ананьев**, разрабатывавший проблемы нормального развития психики в онтогенезе. Его также интересовала проблема синтеза различных наук о человеке. Оба исследователя придавали большое значение практическому воплощению своих идей: В. Н. Мясищев развивал подходы к психотерапии психических расстройств, Б. Г. Ананьев способствовал созданию психологической службы в школе.

С 1966 по 2002 г. бессменным директором Санкт-Петербургского научно-исследовательского института им. В. М. Бехтерева был ученик В. Н. Мясищева М. М. Кабанов. В это время проводились интенсивные исследования в области психодиагностики, психотерапии и психо-социальной реабилитации, которыми руководили известные ленинградские ученые врачи-психиатры Г. В. Бурковский, Л. И. Вассерман, В. М. Воловик, М. М. Кабанов, Б. Д. Карвасарский, Т. А. Ташлыков, а также психологи И. Л. Исурина, Е. В. Кайдановская, Т. М. Мишина, В. К. Мягер и другие. Эти исследования продолжаются и в настоящее время.

* * *

Развитие ленинградской школы клинической психологии, также как и московской, происходило в исторических условиях идеологического пресса. Тем не менее представителям этой школы удалось сохранить научно-практическую направленность своих разработок, ориентацию на развитие психо-социальных методов помощи.

6.2.2. Моделирующие представления о детерминантах развития

Представления о движущих силах развития. Эти идеи разрабатывались в ленинградской школе в непосредственной опоре на положения марксистской философии. При этом трудности наполнения этих положений конкретным психологическим содержанием были неизбежны. Поиск этого содержания, несомненно, интересовал В. Н. Мясищева: «С позиций монистически материалистического и исторического понимания личности человек есть сложное развивающееся единство физиологического и психологического, биогенного и преобразующего его социогенного. Из многочисленных, в том числе не до конца еще разрешенных, вопросов развития личности мы остановимся на одной важной и с философской и с конкретно-научной точки зрения проблеме, а именно проблеме *движущей силы развития человека* (выделено мной. — *А. Х.*)» (Мясищев В. Н. — 1995. — С. 53).

В. Н. Мясищев рассматривал развитие как диалектическое взаимодействие биологических факторов (потребностей и влечений) и факторов среды, в процессе которого все большая активность и определяющая роль переходит к самому человеку: «Борьба и единство противоположностей здесь заключается в том, что жизнь создает меняющиеся условия (общественные требования и возможности), которые сталкиваются с имеющимися у человека потребностями и его внутренними возможностями и побуждают его к освоению нового и переделке самого себя, в результате чего у него возникают новые потребности и новые внутренние возможности. Личность, изменяясь, развивается, меняется и характер ее отношений к действительности. Но последняя также изменяется. Весь этот спиралевидный процесс развития с наполняющими его борьбой, процессами овладения и преодоления составляют основное содержание развития личности, в ходе которого она выступает не пассивным объектом, а все более активным и сознательным субъектом. В зависимости от условий развития формирование личности приводит к разным результатам» (там же. — С. 53—54).

Анализу проблемы общественной детерминации индивидуального сознания посвящен специальный раздел монографии Б. Г. Ананьева: «Проблема социальной детерминации в отличие от более общей проблемы причинной обусловленности сознания материей включает в себя характеристику человека как субъекта деятельности, в процессе осуществления которой изменяется и социальная среда» (Ананьев Б. Г. — 1977. — С. 152). Как видим, Б. Г. Ананьев, также как представители московской психологической школы, рассматривал собственную деятельность человека как важнейшую детерминанту развития.

Представления о механизмах и условиях развития. Переходя к вопросу о конкретных механизмах развития, он обратился к понятию интериоризации, также разработанному в московской школе, ссылаясь на культурно-историческую концепцию Л. С. Выготского, исследования Д. Б. Эльконина и А. В. Запорожца. Таким образом, Б. Г. Ананьев принял за основу разработанное в московской психологической школе моделирующее представление о психическом развитии как присвоение культурного опыта в процессе собственной деятельности человека на основе механизма интериоризации.

Рассматривая концепцию Д. Б. Эльконина о смене ведущих форм деятельности, он особо подчеркивал важность и непрерывность деятельности общения: «Общение как деятельность общественного индивида далеко не всегда принимается во внимание. Между тем именно личностная характеристика коммуникации и дает возможность понять то условие, при котором коммуникации в различных формах социальной жизни детерминируют и наиболее глубокие процессы динамики личности, ее структуру и механизмы развития. К такому выводу мы пришли на основании многих наблюдений» (там же. — С. 167). Специфика моделирующего представления о детерминантах развития в концепции Б. Г. Ананьева заключается в выдвижении на особое место деятельности общения. Обращаясь к своим исследованиям детского развития, он отмечал: «На ранних этапах онтогенетического развития человека, особо важную роль, как показали наши исследования, играет накопление сенсорных синтезов в процессе общения. С такими синтезами связаны не только представления ребенка о людях, т.е. образцы, регулирующие его действия во время общения, но и сложные симпатические чувства (нравственные, эстетические)» (там же. — С. 167—168).

В. Н. Мясищев проблематизировал моделирующее представление московской психологической школы о деятельности как основной детерминанте развития. В качестве важнейшего условия нормального психического развития он рассматривал *отношения, которые складываются между человеком и окружающими его людьми, а также в более широком социуме.* «Не отрицая важную роль деятельностей, которые постоянно выполняет живущий человек, для формирования его как знатока своего дела, умельца-мастера, В. Н. Мясищев вместе с тем неоднократно указывал на то, что сама по себе деятельность — игра, учение, труд — для формирования основных психических качеств, составляющих нравственное ядро личности, может оказаться процессом нейтральным, если между ее участниками не организованы отношения, требующие сотворчества, сотрудничества, взаимопомощи, коллективизма, если не происходит постоянного «подкрепления» хода деятельности провоцированием взаимоотношений, побуждающих к нравственным поступкам» (Бодалев А. А. — 1995. — С. 8).

В. Н. Мясищев одним из первых в отечественной психологии стал уделять большое внимание семейным отношениям как важнейшему условию нормального развития личности. Первые отечественные исследования семейных дисфункций как фактора психической патологии также были проведены в ленинградской школе.

* * *

Таким образом, наряду со сходством в понимании детерминант психического развития выделенных в московской школе, имеются и различия: основной акцент делается на деятельности общения и качестве интерперсональных отношений.

6.2.3. Моделирующие представления о структурно-динамических характеристиках психики

Представления о структуре психики. Основным предметом анализа в концепции В. Н. Мясищева выступает личность. Она предстает в единстве биологического и социального и включает три основные составляющие: *темперамент*, *характер* и *систему отношений человека с действительностью*. В своих представлениях о темпераменте и характере он опирался прежде всего на учение И. П. Павлова о типах высшей нервной деятельности, в котором выделяются следующие основные свойства нервной системы — сила, уравновешенность и подвижность. На их комбинации основано выделение четырех основных типов высшей нервной деятельности: 1) слабый; 2) сильный неуравновешенный (безудержный); 3) сильный уравновешенный подвижный и 4) сильный уравновешенный медлительный, или инертный.

Темперамент, по определению И. П. Павлова, самая общая характеристика типа нервной системы каждого человека, которая накладывает ту или иную печать на всю его деятельность. «Понятию характера у человека более соответствует разработанное И. П. Павловым понятие "склада" высшей нервной деятельности» (Мясищев В. Н. — 1960. — С. 174), который представляет собой сплав из черт типа и изменений, обусловленных внешней средой. В. Н. Мясищев вслед за И. П. Павловым утверждал, что прижизненные условия меняют тип темперамента, воздействуя на его силу, подвижность и уравновешенность в положительную или отрицательную сторону.

Наконец, ядром теории личности В. Н. Мясищева является ее третья составляющая — система отношений личности с окружающей действительностью. Он ставил задачу разработать социологическую категорию личности в учении К. Маркса (личность как система общественных отношений) на психологическом уровне:

«отношения человека в специальном психологическом смысле представляют собой сознательную, активную, избирательную, целостную, основанную на индивидуальном общественно-обусловленном опыте систему временных связей человека как личности-субъекта со всей действительностью или с ее отдельными сторонами» (там же. — С. 150). И далее: «Разработка психологической типологии предполагает правильное решение вопроса о связи понятий личности, характера и темперамента. Личность, рассматриваемая более широко, представляет индивидуальность человека в целом. Личность в более узком смысле, так называемое ядро личности, представляет систему общественно обусловленных и общественно значимых отношений человека. Общественные отношения, отражающиеся в отношениях отдельного человека, как в системе временных связей, составляют содержание личности человека» (там же. — С. 197).

Таким образом, ***структура личности*** предстает как система ее отношений с миром. Как следует из вышеприведенной цитаты, основными характеристиками отношений являются: ***целостность, активность, сознательность*** и ***избирательность.*** Целостность означает внутреннюю связанность, системность всех отношений личности. Отношения предполагают также активность, пристрастность, они побуждают к действию: «Чем более выражена активность, тем более выражено отношение» (там же. — С. 114). В точности также «чем сознательней поступок или действие, тем в большей степени можно говорить о выраженности отношений» (там же. — С. 114). Б. В. Иовлев и Э. Б. Карпова отмечают, что в силу исторических причин В. Н. Мясищев не мог говорить о важной роли бессознательного в отношениях человека (Иовлев Б. В., Карпова Э. Б. — 1996). Однако есть все основания предполагать, что он придавал большое значение бессознательному аспекту отношений в развитии патологии: «Он подразумевал, что осознание того, что определяет поведение человека, но ранее им не осознавалось, не только возможно, но и по существу является одной из главных задач в педагогике и психотерапии» (там же. — С. 19).

Наконец, под избирательностью отношений В. Н. Мясищев имел в виду их эмоционально-оценочный характер, т. е. субъективную природу. Он выделил также внутреннюю структуру отношений, включающую три компонента — ***эмоциональный, познавательный*** и ***волевой.*** Нетрудно заметить, что эмоциональный компонент соответствует такой характеристике отношений, как избирательность, волевой — активности, познавательный — сознательности. Связь всех трех компонентов соответствует такой характеристике отношений, как целостность.

Представления о микро- и макродинамике. Микродинамика, или функционирование, психики рассматривалась В. Н. Мясищевым как непрерывный процесс взаимодействия с миром, в котором происходит усложнение и все большая дифференциация этих отношений. В этом усложнении заключается макродинамика развития. Конкретные стадии развития не выделялись.

Что касается макродинамики развития психических функций, то эта проблема затрагивалась в Ленинградской школе прежде всего в аспекте динамики структуры — взаимосвязи психических функций в процессе онтогенеза. Б. Г. Ананьев предпринял попытку выделить закономерности, свойственные всему онтогенезу — от детства до старости: «Имеются факты, свидетельствующие о гетерохронности эволюции и инволюции интеллектуальных функций, подобно тому как гетерохронны сенсорно-перцептивные сдвиги. Вследствие этого представления о пике или оптимуме в какой-либо один период для всех функций оказываются искусственными... Уже в 30—35 лет отмечается постепенная стабилизация, а затем снижение невербальных функций, которое становится резко выраженным к 40 годам жизни, между тем вербальные функции именно с этого периода прогрессируют наиболее интенсивно, достигая наиболее высокого уровня после 40—45 лет. Несомненно, речемыслительные, второсигнальные функции противостоят общему процессу старения и сами претерпевают инволюционные сдвиги значительно позже всех других психофизиологических функций. Эти важнейшие приобретения исторической природы человека становятся решающим фактором онтогенетической эволюции человека» (Ананьев Б. Г. — 1977. — С. 201).

В монографии «О проблемах современного человекознания», написанной в 1965—1971 гг., в главе «Взаимосвязи труда, познания и общения в индивидуальном развитии человека» Б. Г. Ананьев дал психологическую характеристику индивидуального развития, затронув проблему стадий и сензитивных периодов. Он выделил две фазы развития психических функций человека: 1) ***фронтальную фазу,*** когда все психические функции претерпевают общий, фронтальный прогресс, а определенные функции в разные сензитивные периоды достигают пика своего развития (юность, молодость, начало среднего возраста); 2) ***фазу специализации*** «применительно к определенным объектам, операциям деятельности и более или менее значительным сферам жизни» (там же. — С. 202).

* * *

Таким образом, моделирующее представление о структурно-динамических характеристиках личности, по В. Н. Мясищеву, предстает как непрерывное развитие, усложнение и дифференциация системы отношений человека с миром, а по Б. Г. Ананьеву — это ди-

намика степени зрелости и структурной взаимосвязи психических функций в процессе онтогенеза.

6.2.4. Моделирующие представления о здоровой личности и механизмах психической патологии

Моделирующее представление о личности как системе отношений с миром определило понимание В. Н. Мясищевым критериев психического здоровья. Зрелость этой системы, ее способность к адаптации определяются основными характеристиками отношений: 1) тем, насколько эти отношения целостны, т. е. интегрированы, лишены выраженных конфликтов и противоречий; 2) насколько активна позиция человека в этих отношениях; 3) насколько они осознаны, т. е. насколько человек занимает сознательную позицию в них; 4) наконец, степенью избирательности, эмоциональной окрашенности этих отношений, которая определяется их значимостью и заинтересованностью в них.

Главное достижение В. Н. Мясищева — создание патогенетической концепции неврозов, где в рамках биопсихосоциального подхода главная роль отводится психологическим факторам. *Центральный механизм возникновения патологии — конфликты и противоречия в системе отношений личности с окружающей действительностью.* Невротические расстройства, которые являются основным предметом анализа в рассматриваемой концепции, возникают только в том случае, когда затрагиваются наиболее эмоционально значимые отношения личности, занимающие центральное место в системе ее отношений с действительностью. «В неврозах нарушение отношений играет патогенную причинную роль. Это относится также ко всем психогенным заболеваниям, даже к таким, как паранойя. Неслучайно И. П. Павлов рассматривал невроз навязчивости и паранойю вместе и подчеркивал роль, которую в патогенезе бреда играют искаженные, нарушенные отношения... Психогенные нервно-психические заболевания в первую очередь требуют психотерапии. Так называемая глубокая, или рациональная, психотерапия, как мы с нашими сотрудниками показывали неоднократно, основывается на перестройке отношений» (Мясищев В. Н. — 1960. — С. 228).

Положение о важной роли эмоций, переживаний человека в возникновении психической, а зачастую и физической патологии является чрезвычайно продуктивным. В то же время В. Н. Мясищев отмечал ведущую роль межличностных отношений в эмоциональной жизни людей. Перечисляя психологические механизмы возникновения неврозов, он вместе с М. С. Лебединским подчеркивал, что «наиболее значимыми и частыми являются отрицательные эмоции, связанные с нарушенными взаимоотношениями людей» (Лебединский М. С., Мясищев В. Н. — 1966. — С. 10).

Важнейшим для понимания механизмов психической патологии, согласно В. Н. Мясищеву, является исторический подход к личности. Историю развития личности, системы ее отношений с миром он рассматривал в качестве глубинных причин, почвы для возникновения невроза. В. Н. Мясищев выделял *реактивный невроз* и *невроз развития*. Первый возникает как реакция здоровой личности на невыносимые жизненные обстоятельства или психотравму. Второй — как результат детских травм, длительных безысходных ситуаций, тяжелых хронических внутренних конфликтов, несправедливых обид, тяжелого опыта неудач или отсутствие позитивного опыта преодоления трудностей собственными силами. Понятие невроза развития или невротической личности в рассматриваемом подходе корреспондируется с понятием «невроз характера» (или пограничная организация личности) в психоанализе и приближается к понятию личностного расстройства в современной классификации болезней. «Нередко вся жизнь болезненной личности при психоневротическом развитии заключается в том, что она то декомпенсируется, давая тяжелый психоневроз, то компенсируется, условно выздоравливает» (Мясищев В. Н. — 1960. — С. 259).

В. Н. Мясищев анализировал те конкретные условия воспитания, в которых формируются разные типы невротического развития и сопровождающие их типичные конфликты. Постоянное обращение к категории раннего опыта, к категории конфликта сближает его подход с психодинамической традицией, особенно с социальным психоанализом.

Сравнивая «реактивную истерию» и «истерию развития», В. Н. Мясищев констатировал, что «первая, вытекая из тяжелых переживаний, представляет болезненную переработку трудных условий до того здоровой личностью, вторая представляет уродливый продукт длительного развития личности в неблагоприятных условиях» (там же. — С. 257). При психоневротическом развитии история болезни и история жизни практически совпадают. Он выделял *первичные*, *вторичные* и *третичные черты невротической личности*. Так, для истерической личности первичными являются *эгоцентризм* и *аффективность*. На их основе возникают переживания и неудачи, способствующие формированию таких вторичных черт, как *претенциозность*, с одной стороны, и *неуверенность в себе*, с другой. В качестве третичных развивается *склонность к ухищрениям*, *лживость*, *симуляция*, *поза*, *обман*. В конце концов, это приводит к снижению социально-этического уровня личности. Все эти черты формируются в атмосфере баловства, повышенного внимания и похвалы, безотказного удовлетворения малейших потребностей, непредъявления

требований, формирующих изнеженную чувствительность, эгоцентризм, деспотический эгоизм, отсутствие дисциплины и требовательности к себе.

Дальнейшее развитие *теории отношений* привело к разработке личностно-реконструктивной психотерапии, где в центре оказывается перестройка межличностных отношений и отношения к себе, ценностная переориентация больного на основе осмысления собственной жизни и системы своих отношений с людьми (Психотерапия / под ред. Б.Д. Карвасарского. — 2000).

В. Н. Мясищев всегда акцентировал роль психологических факторов в этиологии психических расстройств и понимал задачи медицинской психологии очень широко: «Задача медицинской психологии в этиологическом плане заключается в изучении психологическими методами болезнетворных для психики особенностей условий жизни и деятельности человека, особенностей его организма и мозга, а также в изучении особенностей личности, предотвращающих заболевание или предрасполагающих к нему» (Лебединский М.С., Мясищев В.Н. — 1966. — С. 11). Из этого определения прямо вытекает задача исследования так называемых копинговых (от англ. *coping* — совладание) механизмов личности — психологических способов совладания со стрессом и собственно с психическим заболеванием. В этом же определении содержится интенция на разработку проблемы так называемого *функционального диагноза* — понятия, ставшего предметом специальной разработки в ленинградской школе (Воловик В.М. — 1985). В отличие от дифференциального этот тип диагноза ориентирован не только на отнесение болезни к определенному виду, но и на целостную характеристику личности с ее проблемными и ресурсными сторонами, на качественный анализ сохранных звеньев психической деятельности, на изучение микросоциальной среды больного.

Понятие функционального диагноза тесно связано с системой многоосевой диагностики, которая в то время возникает в американских классификациях психических расстройств, а сейчас положена в основу последней версии международной классификации болезней (МКБ-10). Такой многоосевой функциональный диагноз основан на биопсихосоциальной модели психической патологии и представляет собой основу реабилитации психически больных. Из вышеприведенного определения вытекает также важность работы с социальным контекстом, важность семейной и групповой психотерапии. Неудивительно, что именно в ленинградской школе приоритетное развитие получили вышеперечисленные направления, в которых в 1970—1980-е гг. ленинградцы стали безусловными лидерами (Воловик В.М. — 1973, 1980; Кабанов М.М. — 1985, 1998; Мягер В.К., Мишина Т.М. — 1979; Исурина Г.Л. — 1984; Исурина Г.Л. и др. — 1994; Карвасарский Б.Д. — 1985; Эйдемиллер Э.Г. — 1978, 1985).

* * *

Таким образом, в ленинградской школе получило развитие моделирующее представление о психической норме и патологии, согласно которому в основе психического здоровья лежит гармоничная, зрелая система отношений человека с миром; в основе патологии личности — конфликты и отрицательные эмоции, связанные с нарушениями, в первую очередь, интерперсональных отношений.

6.2.5. Основные теоретико-методологические принципы

Принцип целостности и единства биологического, психологического и социального в человеке (*понятия*: *темперамент*, *характер*, *личность*, *общественные отношения*).

Интенция на целостный, системный подход к человеку является одной из определяющих для ленинградской психологической школы. Разработки В.Н. Мясищева и Б.Г. Ананьева — это попытки создания биопсихосоциальных моделей психической патологии.

Принцип общественной детерминации индивидуального сознания и активности личности (*понятия*: *общественные условия*, *система отношений с миром*).

Согласно В.Н. Мясищеву, «общественные условия формируют личность как систему отношений» (Мясищев В.Н. — 1995. — С. 54). При этом сама личность предстает как «ансамбль отношений» с миром. В то же время он подчеркивал, что по мере развития таких характеристик, как активность и осознанность, человек сам начинает воздействовать на окружающую действительность, активно создавать свою систему отношений.

Принцип гетерохронности развития (*понятия*: *сензитивные периоды*, *фазы развития*).

Этот принцип, сформулированный Б.Г. Ананьевым, перекликается с принципом неравномерности развития в московской школе. Под его руководством были проведены исследования особенностей развития психических функций в разные возрастные периоды, в том числе с использованием лонгитюдного метода. Излагая этот принцип, Б.Г. Ананьев полемизирует с Л.С. Выготским, упрекая его в абсолютизации роли мышления на поздних стадиях онтогенеза. Однако в целом этот принцип не получил столь детальной теоретической и экспериментальной разработки, как принцип неравномерности развития в московской школе.

Исторический принцип анализа личности (*понятия*: *ранний опыт*, *история жизни*, *конфликт*).

Этот принцип выражается в необходимости анализа жизненной истории, в том числе раннего опыта человека для понимания его актуального состояния, его психологических проблем и той си-

стемы отношений с действительностью, которая характеризует его личность в настоящем. В. Н. Мясищев придавал большое значение этому принципу при анализе проблемы психической патологии. Исторический принцип роднит ленинградскую школу клинической психологии с психодинамической традицией. Данный принцип имел большое значение в модели психотерапевтической практики — личностно-реконструктивной психотерапии, разработанной учениками и последователями В. Н. Мясищева — Б. Д. Карвасарским, Г. Л. Исуриной и В. А. Ташлыковым. Этот психотерапевтический подход, несомненно, представляет собой одно из важнейших достижений ленинградской школы клинической психологии.

Принцип ведущей роли интерперсональных отношений в психической патологии (*понятия*: *система отношений*, *целостность*, *активность*, *осознанность*, *избирательность*, *конфликт*).

Принцип прямо вытекает из основного ядра психологии отношений В. Н. Мясищева, именно он определил форму патогенетической личностно-реконструктивной психотерапии как преимущественно групповой работы, направленной на разрешение хронических и острых конфликтов в системе интерперсональных отношений и развитие таких качеств этих отношений, как целостность, активность, осознанность, избирательность. Трансформируясь в принцип терапии средой, данный принцип играл также важную роль в практике реабилитации психических больных в отделении восстановительной терапии психически больных под руководством М. М. Кабанова. Нетрудно заметить, что этот принцип корреспондируется с моделирующими представлениями о механизмах психической патологии у многих авторов, представляющих разные психологические традиции.

* * *

Здесь сформулированы принципы, которые являются отличительными для ленинградской психологической школы, определившими направленность ее исследований и практическую работу. Следует добавить, что такие теоретико-методологические принципы, как принцип единства сознания и деятельности, принцип культурно-исторической обусловленности психики, принцип активности субъекта являются общими для московской и ленинградской школ.

6.2.6. Исследовательские правила и процедуры

В. Н. Мясищев подчеркивал важность анализа реального поведения личности для диагностики системы ее отношений с миром:

«Мерой отношения человека является его поступок и тем в большей степени, чем более трудной (внешне и внутренне) является задача, которую ему приходится решать, или препятствия, которые ему приходится преодолевать» (Мясищев В. Н. — 1960. — С. 70). Может быть, именно поэтому наиболее разработанной в ленинградской школе оказалась групповая модель личностно-реконструктивной психотерапии, ведь именно в группе наиболее полно моделируется и отражается поведение человека в реальной жизни.

В то же время В. Н. Мясищев подчеркивал, что любое проявление личности несет ее отпечаток, и в этом смысле позволяет сделать некоторые выводы о системе отношений. Он не выделял приоритетных психологических методов, а в ленинградской школе традиционно широко применялись самые разные методики. «О методах психологии можно сказать то же, что о всех методах получения психологических данных. Это — наблюдение, беседа, изучение продуктов деятельности, эксперимент» (там же. — С. 417). При этом он подчеркивал важность *интерпретации любых исследовательских данных с учетом истории развития личности*, что также можно считать одним из исследовательских правил школы Мясищева.

В период оттепели (с конца 1950-х гг.) В. Н. Мясищев инициировал работу по адаптации ряда зарубежных психодиагностических методик. Эта работа была необходима для ликвидации того колоссального отставания в области психодиагностики, которое возникло в отечественной клинической психологии после фактического уничтожения педологии и многих лет железного занавеса. Как отмечают Л. И. Вассерман и О. Ю. Щелкова, в московской академической психологии вплоть до 1970-х гг. было наложено табу на само слово «тест» (Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю. — 2004). Особая заслуга в ликвидации разрыва между западной и отечественной психодиагностикой принадлежит сотрудникам Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. Ими была проведена трудоемкая работа по адаптации и рестандартизации тестовых методик. Так, в лаборатории клинической психологии этого института прошел адаптацию один из самых известных и распространенных в мире тестов интеллекта «Шкала Векслера для измерения интеллекта взрослых». Детский вариант методики был также адаптирован сотрудником института А. Ю. Панасюком.

Были собраны отечественные нормативные данные для таких широко применяемых личностных опросников, как MMPI, опросники Кеттелла, Айзенка и др. Н. В. Тарабриной (в то время работавшей в Ленинграде под руководством В. Н. Мясищева) был адаптирован тест фрустрационной толерантности Розенцвейга, известный у нас в стране именно в этой адаптации. Психодиагностические методики разрабатывались и адаптировались И. Н. Гильяшевой,

Л. И. Вассерманом, Г. Л. Исуриной, Р. О. Серебряковой и другими (см.: Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю. — 2004).

Процедура тестового исследования весьма существенно отличается от процедуры патопсихологического эксперимента, которая была ведущей исследовательской процедурой в московской психологической школе (см. 6.1.6). Патопсихологический эксперимент относится к нестандартизированным процедурам, предполагает гибкую тактику проведения и преимущественно качественный анализ результатов. Тестовый подход, напротив, отличает *стандартизированная процедура проведения*, с которой тесно связан ряд исследовательских правил: ***количественный анализ результатов***, ***сравнение с нормативными статистическими данными***, ***проверка теста на репрезентативность***, ***надежность*** и ***валидность*** (см. 4.6). Тестовый подход был подвергнут массированной критике со стороны московских клинических психологов, как мало информативный и не отражающий внутренние механизмы психических процессов.

Однако, как справедливо отмечают Л. И. Вассерман и О. Ю. Щелкова, «необходимость использования стандартизированных методов исследования (тестов) диктуется запросами общественной практики: популяционные, скрининговые исследования в целях профилактики заболеваний, экспресс-диагностика экстремальных состояний, необходимость учета патодинамических процессов при восстановительном лечении и реабилитации, оценки структуры и уровней дефектов развития в общей и медицинской педагогике» (там же. — С. 8).

Уже во второй половине 1950-х гг. В. Н. Мясищев открыто в печати указал на важность применения тестов, хотя и отметил ограниченность их применения. Он указывал на необходимость грамотного, соответствующего исследовательским задачам, а зачастую комбинированного применения экспериментальных и тестовых методик. Важным правилом психодиагностики, развиваемым В. Н. Мясищевым, было *правило комплексности исследования*[1].

Представители деятельностно-ориентированной московской школы настаивали не неприемлемости применения опросников, которые самым активным образом использовали и разрабатывали представители ленинградской школы. Имели место обвинения в «психометризме», эклектике и игнорировании психологических

[1] Такой подход соответствует взглядам Л. С. Выготского, написавшего в тезисах Первого Всероссийского педологического съезда (1928 г.): «Возможно и нужно пользоваться в качестве ориентировочных средств традиционными методическими приемами (шкала Бине-Симона и др.), но было бы очень опасно ставить педологический диагноз на основе подобных исследований. Эти методы выделяют детей *для особого изучения*» (цит. по: А. А. Леонтьев. — 1990. — С. 63).

механизмов. Драматические споры по поводу возможности применения тестов между московской и ленинградской школами связаны с историческими обстоятельствами развития клинической психологии в России: фактическим запретам на педологию, а вместе с ней психодиагностику в 1930-х гг., критическим настроем по отношению к западной психологии, где тесты нашли широкое применение. В последнее время позиции московской школы патопсихологии и ленинградской школы медицинской психологии в вопросе выбора методов психодиагностического исследования значительно сближаются.

В качестве особого направления следует выделить исследования семейных отношений, которые были начаты ленинградскими клиническими психологами в 1970-е гг. В продолжение традиции психологии отношений В. Н. Мясищева, разрабатываются методы анализа детско-родительских отношений, их влияния на психическое здоровье. Особый интерес представляют исследования семейных отношений больных шизофренией (Бурковский Г. В. и др. — 1980; Воловик В. М. — 1973; Горбунова Л. Н. — 1976; Эйдемиллер Э. Г. — 1978). При этом использовались как опросниковые методы, так и качественные методы анализа историй болезни.

В качестве примера приведем масштабное кросскультурное исследование семейных отношений при шизофрении, проведенное Г. В. Бурковским с соавторами в сотрудничестве с коллегами из бывшей ГДР (Лейпциг, психиатрическая клиника Университета им. К. Маркса). Это исследование удачно соединяет качественные и количественные исследовательские процедуры, является редким для того времени примером сотрудничества с зарубежными коллегами, а также отличается очень смелыми для того времени гипотезами о важности психологических факторов в происхождении и течении шизофрении, которая в московской школе психиатрии традиционно трактовалась как заболевание, имеющее чисто биологическую природу.

«Основной методической особенностью данного исследования явилась реконструкция по анамнестическим данным с помощью факторного анализа типовых патогенных семейных ситуаций по констелляциям первичных, относительно простых, традиционно используемых в психиатрической практике и потому наиболее надежных признаков (например, конфликтность взаимоотношений родителей, подавляющий стиль воспитания). Преимущество настоящего метода состоит также в значительной объективации исходных данных за счет использования в анализе оценок десятков лечащих врачей двух стран» (Бурковский Г. В. и др. — 1980. — С. 35). Таким образом, в исследовании использовался метод анализа истории болезни, представляющий собой нестандартизированную процедуру, однако затем надежность полученных данных повышалась за счет использования процедуры независимых экспертных оценок (т.е. привлечения для оценки результатов нейтральных специалистов-экспертов, незаинтересованных в получении определенных данных).

Кроме того, исследование было проведено на обширном материале, включающем выборки больных из разных стран (всего 200 историй болезни — 100 из психиатрической клиники Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева и 100 из психиатрической клиники Университета им. К. Маркса), что позволило провести процедуру факторного анализа, также повышающую надежность сделанных авторами выводов о типах семейных дисфункций. Полученные данные во многом согласуются с данными зарубежных исследователей и психотерапевтов (см. 7.2), о которых в то время авторы анализируемой работы вряд ли что-то знали. «Обзор выделенных факторов как в советской, так и в немецкой выборках позволяет выделить шесть основных элементов неблагоприятных ситуаций в семьях будущих больных шизофренией: дефицит любви к ребенку, конфликтные взаимоотношения родителей, подавляющее отношение к ребенку, камуфляж отсутствия любви, дефицит внимания к ребенку, изнеживающий стиль воспитания» (там же. — 41). Следует отметить, что по времени проведения это исследование совпадает с попытками западных специалистов найти адекватные исследовательские процедуры для доказательства влияния семьи на течение шизофрении.

Передовыми и уникальными для того времени следует считать работы по семейной психологии и психотерапии В. К. Мягер, В. М. Воловика, Э. Г. Эйдемиллера и других. Важно, что в ленинградской школе наряду с практической психотерапевтической работой всегда проводились исследования, направленные на обоснование психотерапевтических мишеней и процедур. Акцент на интерперсональных отношениях в исследовательской и практической работе является отличительной чертой этой школы.

Представители ленинградской школы клинической психологии уделяли также много внимания изучению разных вариантов патологического развития личности. Широко известна классификация акцентуаций характера А. Е. Личко. Разработаны известный опросник, направленный на выявление вариантов акцентуаций и другие личностные опросники (см.: Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю. — 2004).

Еще одним важным направлением следует считать исследования психотерапевтического процесса, которые также начали проводится в ленинградской школе гораздо раньше, чем в московской. Здесь необходимы были особые *процедуры, связанные с оценкой факторов эффективности и личностной динамики в процессе психотерапии*. Данные исследования проводились в отделении неврозов Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева. Этим отделением на протяжении многих лет руководит Б. Д. Карвасарский — автор и редактор учебников по клинической психологии и психотерапии, один из главных организаторов психотерапевтической практики в лечебных учреждениях нашей страны. Среди исследований механизмов и параметров психотерапевтического процесса следует назвать работы В. Д. Вида (1994), Г. Л. Исуриной (1984) и других.

Работой отделения восстановительной терапии психически больных на протяжении многих лет руководил М. М. Кабанов, одновременно являясь директором Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева (с 1966 по 2002 г.). В отделении проводилась разработка научных основ трудовой и социальной реабилитации психически больных. Примером такой работы является проанализированное выше исследование Г. В. Бурковского с соавторами (1980), задающее важные мишени работы с семейным окружением больных шизофренией.

Начатая В. Н. Мясищевым работа по адаптации западных и разработке оригинальных психодиагностических методик продолжается в лаборатории клинической психологии и психодиагностики Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, которую в течение многих лет возглавляет Л. И. Вассерман.

* * *

Подытоживая анализ двух основных школ отечественной клинической психологии, следует указать на различия, которые в исторической перспективе предстают скорее как взаимодополняющие, чем оппозиционные. В московской школе центральной категорией стала категория «деятельность». В моделирующих представлениях о развитии собственная деятельность ребенка выступала как главная движущая сила, а моделирующие представления о ее структуре, микродинамике и макродинамике стали главной основой построения теоретических моделей и эмпирических исследований.

В силу исторических обстоятельств в московской школе до 1980-х гг. были затруднены исследования психологических факторов психической патологии и разработка психологических методов лечения. Активно изучалась специфика нарушений высших психических функций при разных формах психической патологии, проводились тонкие экспериментальные исследования психологических механизмов различных нарушений, разрабатывались психодиагностические методики.

В ленинградской школе в центр была выдвинута категория «отношение», которая служила основой разработки моделирующего представления о развитии как процессе непрерывной дифференциации и углублении отношений человека с миром, прежде всего с другими людьми. Качество интерперсональных отношений выступало как важнейшее условие психического здоровья. Ленинградскую школу клинической психологии отличала практическая направленность. Представители этой школы сыграли важную роль в разработке методов психотерапии и реабилитации психически больных, проведении исследований процесса психотерапии, а также разработке и адаптации методов психодиагностики.

В новых исторических условиях ассимиляции знаний, накопленных в западной психологии, различия стали менее заметными, но конструктивный диалог двух отечественных школ по-прежнему актуален.

Контрольные вопросы и задания

1. Какие этапы в развитии представлений о психической патологии в московской психологической школе можно выделить? Как эти этапы связаны с историческим контекстом развития этой школы?
2. Каковы были первые представления о механизмах психической патологии, основанные на культурно-исторической теории Л. С. Выготского?
3. Какие моделирующие представления о механизмах психической патологии были разработаны на основе теории деятельности А. Н. Леонтьева?
4. Какие три основных аспекта анализа психической деятельности были выделены Б. В. Зейгарник? Как это повлияло на содержание исследований психической патологии?
5. Что Б. В. Зейгарник понимала под опосредствованием? Какова роль этого понятия в разработке представлений о психическом здоровье и психической патологии?
6. Каковы наиболее важные для психического здоровья характеристики отношений человека с миром, по В. Н. Мясищеву?
7. В чем различие исторических условий формирования ленинградской и московской школ клинической психологии? Как оно сказалось на практике и исследованиях этих школ?

Рекомендуемая литература

Выготский Л. С. Проблема возраста. — М., 1984. — Т. 4. — С. 244—268.

Ждан А. Н. История психологии. — М., 1999. — С. 491—511.

Зейгарник Б. В. Патопсихология. — М., 2000. — С. 11—63.

Леонтьев А. А. Л. С. Выготский. Люди науки. — М., 1990. — С. 40—53.

Мясищев В. Н. Личность и неврозы. — Л., 1960. — С. 236—261.

Дополнительная литература

Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. — М., 1970. — С. 21—41.

Лурия А. Р. Этапы пройденного пути. Научная автобиография. — М., С. 25—47.

Соколова Е. Т. Мотивация и восприятие. — М., 1975.

Коченов М. М. Николаева В. В. Мотивация при шизофрении. — М., 1978.

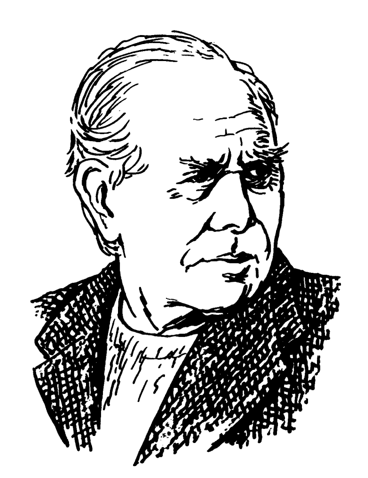
Традиции, возникшие под влиянием системного подхода и акцентирующие роль семьи в психическом здоровье

7.1. Теория привязанности

7.1.1. Исторический контекст развития

Три источника, три краеугольных камня лежат в основе теории привязанности: 1) психодинамическая традиция; 2) эволюционное учение Ч. Дарвина и основанная на нем этология (наука о поведении животных); 3) общая теория систем.

Теория привязанности в своих основных чертах оформляется вскоре после Второй мировой войны. Важным источником ее создания послужил опыт работы психоаналитиков в приютах и детских домах, куда собирались дети, потерявшие родителей или разлученные с ними. А. Фрейд, Р. Спитц, Дж. Боулби, работая в приютах и детских домах, наблюдая за детьми, надолго разлученными с родителями, накопили важный фактический материал. Он не укладывался в традиционные представления психоанализа и теорий научения о характере связи между матерью и ребенком, как основанной на удовлетворении физических потребностей ребенка, прежде всего пищевой. Они сформулировали ряд идей, которые легли в основу теории привязанности.



Джон Боулби (1907—1990)

Первые наблюдения были сделаны в 1940-х гг. А. Фрейд и Д. Берлингем, наблюдавших за группой малышей от рождения до четырех лет, разлученных с матерью и воспитывающихся в относительно хороших для военного времени условиях в яслях в Хемпстеде. Затем были проведены исследования Р. Спитца и К. Вольф, наблюдавших за развитием разлученных с матерью 100 младенцев матерей-одиночек, содержащихся в заключении. Р. Спитц внес особый вклад в развитие теории привязанности. Им был

проведен ряд наблюдений за младенцами в детских домах и приютах, где они получали от постоянно обслуживающего их лица достаточно физической заботы, но мало стимуляции и любви. Съемки Р. Спитца эмоционально не питаемых, отстающих в развитии малышей, пустым взглядом смотрящих в камеру, драматически иллюстрируют разрушительные последствия лишения младенца матери.

Кроме нарушения эмоциональной сферы, Р. Спитц документально продемонстрировал нарушения инстинктивной жизни, когнитивного и моторного развития и показал, что в экстремальных случаях лишение матери приводит к смерти ребенка (Spitz R., Wolf K. — 1968). Р. Спитц пришел к выводу, что аффективная связь между матерью и младенцем стимулирует младенца и позволяет ему исследовать окружающий мир, способствует развитию моторной активности, когнитивных процессов и формированию навыков. Он понимал взаимосвязь матери и младенца как сложный многозначный невербальный процесс, оказывающий влияние как на младенца, так и на мать, и включающий *аффективный диалог*, который является чем-то большим, чем привязанность младенца к матери и связь матери с младенцем.

Вышеописанные нарушения Р. Спитц назвал *анаклетической депрессией* (депрессия, в основе которой лежит недостаток эмоциональной связи), или ***госпитализмом***, позаимствовав этот термин у берлинского детского врача Г. Пфаундлера. Впоследствии под госпитализмом стали понимать не только материнскую *депривацию* (недостаточное удовлетворение основных психических потребностей), но и социальную депривацию в более широком смысле. *Многочисленные исследования феномена госпитализма показали, что длительное пребывание в искусственных, изолированных от социума условиях (больница, заведения для инвалидов, престарелых), могут приводить к развитию синдрома госпитализма как у детей, так и у взрослых людей. Этот синдром выражается в недоразвитии или утрате социальных навыков, эмоциональном уплощении, утрате активности и инициативности и в страхе перед ними.*

Работы Р. Спитца оказали сильное влияние на **Джона Боулби** — клинического психолога и главного автора теории привязанности. Впоследствии эта теория стала одной из самых популярных теорий развития, ее эмпирической проверке посвящено неисчислимое количество работ в детской и клинической психологии. Наиболее крупный вклад в разработку и экспериментальное доказательство этой концепции внесла **Мэри Эйнсворт**, поэтому ее нередко называют вторым автором теории привязанности.

Важное значение в становлении данной традиции имел также более ранний профессиональный опыт Дж. Боулби. В 1928 г. после окончания университета он работал в нескольких школах

закрытого типа для детей с поведенческими и эмоциональными нарушениями. Очевидно, что этот опыт оказал очень большое влияние на становление научных интересов автора теории привязанности, поскольку он увидел взаимосвязь между психическими нарушениями у детей и их травматическим ранним опытом — семейными дисфункциями, потерей близких. С целью получения профессиональной подготовки для психологической работы с детьми Дж. Боулби вступил в Британское психоаналитическое общество, которое развивалось под определяющим влиянием взглядов М. Клайн, заложившей основы теории объектных отношений. Он столкнулся с основной установкой детского психоанализа — индивидуальная работа с детьми на материале их игр и фантазий при полном и принципиальном игнорировании их ближайшего окружения. В изучении этого материала заключалась также основная исследовательская процедура детского психоанализа (см. 3.5). Так, М. Клайн, будучи супервизором Дж. Боулби, запретила начинающему психоаналитику беседу с матерью трехлетнего ребенка, лечением которого он занимался.

Дж. Боулби на всю жизнь сохранил тесную связь с психоанализом и искал обоснование своей теории в работах З. Фрейда и других представителей этой традиции. Прежде всего он подчеркивал близость с представителями теории объектных отношений М. Балинтом и Д. Винникотом, которые рассматривали потребность в привязанности как особую, прямо не связанную с удовлетворением физиологических нужд ребенка.

М. Балинт являлся одним из самых последовательных критиков теории ***первичного нарциссизма и аутоэротизма*** З. Фрейда. Согласно этой концепции либидо младенца замкнуто на себя, а отношения новорожденного с окружающими или минимальны, или их совсем нет, объектная же любовь возникает в процессе участия взрослого в удовлетворении физиологических потребностей ребенка. Помимо фиксации многочисленных противоречий этой теории, М. Балинт указывал, что она принципиально не может быть подкреплена клиническими наблюдениями и разработал свою *теорию первичной любви*, согласно которой «индивид рождается в состоянии сильной привязанности к окружению, как биологической, так и либидонозной» (Балинт М. — 2002. — С. 93).

С теорией первичной любви тесно взаимосвязано его моделирующее представление о *психической патологии как базисном дефекте, суть которого в неспособности устанавливать партнерские отношения сотрудничества с другими людьми*. Источник базисного дефекта М. Балинт видел в нарушении ранних отношений привязанности, когда мать не в состоянии выполнять роль надежной эмоциональной «опоры» и способствовать развитию самостоятельности ребенка (см. 3.4). Д. Винникот уделял

большое внимание функции матери в развитии как первичному объекту привязанности, ему принадлежат термины «в меру хорошая мать», «поддерживающая функция» матери и другие характеристики здоровых отношений между матерью и ребенком.

Уже в 1940 г. Дж. Боулби написал работу, посвященную роли реальных травматических событий для психического развития ребенка, в частности разлуки с матерью при помещении в больницу. В 1944 г. вышла его статья, основанная на опыте изучения детей с нарушениями поведения и склонностью к воровству. Он описал нарушения способности к привязанности у них (так называемый безэмоциональный характер) и связал их с ранней потерей матери у многих из этих детей и отсутствием надежной и постоянно замещающей ее фигуры.

В конце войны Дж. Боулби возглавил детское отделение Тавистокской клиники в Лондоне, где К. Хайнике и И. Вестхаймер были проведены первые исследования поведения детей, разлученных с матерью, с привлечением контрольных групп того же возраста и применением статистических методов обработки данных. Затем последовала целая серия таких экспериментов в разных странах. Все они приходили к сходным результатам о негативном влиянии ранней разлуки с матерью на эмоциональное поведение ребенка и качество его контактов с другими людьми.

Неклассический характер исследований Дж. Боулби проявлялся в подчиненности исследовательских задачам практическим. Главную из них он видел в преобразовании распространенного отношения к маленькому ребенку как существу преимущественно нуждающемуся в физическом уходе, в привлечении внимания специалистов и широкой общественности к страданиям детей, разлученных с матерью и не имеющих постоянного объекта привязанности. Он был также убежден, что именно нарушения привязанности являются причиной многих форм эмоциональных и поведенческих нарушений как у детей, так и у взрослых.

Ориентация на практику побудила его посвятить большую часть своей жизни теоретическому и эмпирическому обоснованию перечисленных идей. В детском отделении Тавистокской клиники, которым он руководил, был девиз — «Никаких исследований без терапии». В соответствии с этим девизом особенно много времени сотрудники уделяли работе с семьей и коррекции детско-родительских отношений. Статья, опубликованная Дж. Боулби в 1949 г., была посвящена работе с семьей и, как отмечала Г. В. Бурменская — отечественный психолог и переводчик книги Дж. Боулби, считается первой публикацией по семейной психотерапии (Бурменская Г. В. — 2003).

Среди главных соратников Дж. Боулби следует назвать Дж. Робертсона, на исследования которого он опирался в обосновании негативной роли ранней сепарации от матери. В конце 1940-х

начале 1950-х гг. Дж. Робертсон, один из сотрудников яслей в Хэмпстеде, вел наблюдения за маленькими детьми до четырех лет, с большой тщательностью фиксируя реакции детей после разлуки с матерью и после воссоединения с ней. Эти исследования показали, что реакция горя на разлуку с матерью имеет ряд стадий, а отношения с матерью после разлуки изменяются и характеризуются амбивалентностью. Вместе с Дж. Боулби в 1952 г. он создал документальный фильм, запечатлевший страдания малыша, разлученного с матерью, — «Двухлетний ребенок в больнице». Этот фильм мало кого мог оставить равнодушным.

В 1950-е гг., опираясь на свою концепцию, Дж. Боулби провел исследование развития детей в детских домах по заказу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Исследования свидетельствовали о выраженных нарушениях когнитивного, эмоционального и социального развития детей-сирот, находящихся в условиях институционального воспитания. Доклад о состоянии психического здоровья бездомных детей в странах Европы в послевоенный период произвел революционный поворот в общественной практике надзора за детьми-сиротами. Он был опубликован в 1951 г., переведен на 14 языков и издан большими тиражами (Bowlby J. — 1951). В этом докладе были обобщены все значимые наблюдения и исследования о негативной роли материнской депривации для психического развития ребенка. Он сыграл решающую роль в отказе от общественного воспитания маленьких детей в условиях детского дома и послужил важной основой для разработки рекомендаций ВОЗ о замене институционального воспитания детей-сирот на различные формы семейного жизнеустройства.

К сожалению, доклад не был переведен и издан в бывшем СССР. В то время в нашей стране абсолютно доминировала идеология общественного воспитания. Уже к середине 1930-х гг. детский дом был признан лучшим типом воспитательно-образовательного учреждения, наиболее отвечающим идеалам воспитания детей.

Общественное воспитание в условиях социализма противопоставлялось таковому на Западе. Многие отечественные психологи вынуждены были подчеркивать, что в социалистических детских домах создаются все условия для искоренения госпитализма и данные западных исследователей на них не распространяются. Правда, необходимо отметить, что практика семейного жизнеустройства сирот была на короткое время возрождена в бывшем СССР во время войны: к 1943 г. 74 648 сирот были отданы в патронатные семьи.

Однако затем России потребовалось несколько десятилетий, чтобы вернуться к идеям семейного жизнеустройства в 1990-х гг., когда после перестройки и распада СССР Россию буквально за-

хлестнула волна сиротства. (Ослон В. Н., Холмогорова А. Б. — 2001; Зарецкий В. К. и др. — 2002).

Возвращаясь к историческим обстоятельствам развития новых моделирующих представлений о нормальном развитии и механизмах патологии, необходимо отметить работы этологов (К. Лоренца, Н. Тинбергена, Дж. Хаксли и др.) и разработку общей теории систем. С ними Дж. Боулби был знаком не понаслышке, а как участник междисциплинарных семинаров по «Психобиологии ребенка», проходивших под эгидой ВОЗ с 1953 по 1956 г. и объединивших целый ряд выдающихся психологов, биологов, культурологов и методологов науки. В их числе Э. Эриксон, Б. Инельдер, Дж. Хаксли, К. Лоренц, М. Мид, Л. Берталанфи.

Методологической базой исследований этологов было эволюционное учение Ч. Дарвина о происхождении видов и *наследственном закреплении важных для выживания и адаптации форм поведения*. Среди них этологи выделили отношения привязанности между матерью и детенышами в животном мире.

Наблюдения этологов, прежде всего опыты с приматами, показали, что детеныши, лишенные общения с матерью или замещающим объектом, даже при наличии хорошего физического ухода и кормления, заболевают и оказываются на краю гибели. Исследования феномена «импринтинга» с более низшими видами показывали, что мгновенное запечатление образа матери или иного объекта «привязанности» и следование за ним происходит до кормления и не связано с ним непосредственно.

Другая идея этологов касается *сензитивных периодов развития*, наиболее важных для формирования поведения привязанности или других важных приспособительных форм поведения. Вовремя не приобретенный опыт привязанности оказывался невосполнимым — животное, лишенное постоянной привязанности в раннем детстве было неспособно к полноценной социализации, т. е. привязанности к другим членам сообщества, к партнерским отношениям, а также к собственному материнскому поведению.

Широкую известность получили опыты супругов Харлоу с обезьянами. Обезьянки, воспитанные в условиях материнской депривации (лишения общения с матерью) с помощью искусственной матери в виде проволочного устройства для кормления, неизменно предпочитали этому первому искусственному устройству второе — ничего им не дающее, но мягкое и пушистое. Выросшие без матери обезьянки оказались плохими матерями, агрессивными и равнодушными по отношению к собственным детенышам.

Дж. Боулби считал, что у человека существуют общие с животными прототипические инстинктивные структуры: «Имеются все основания отнести развитие процесса привязанности к процессу запечатления... в широком значении. На самом деле, в противном

случае возник бы совершенно необоснованный разрыв между поведением привязанности у человека и других биологических видов» (Боулби Дж. — 2003. — С. 248—249). Опираясь на эти наблюдения и исследования детей и взрослых, он пришел к выводу, что сенситивным периодом для возникновения поведения привязанности у человека является раннее детство. Нарушения привязанности в этом возрасте приводят к устойчивым проблемам социализации в последующей жизни.

Г. В. Бурменская отмечает: «Идейная близость к эволюционному учению Дарвина в книгах Боулби нередко ощущается гораздо больше, чем к теории З. Фрейда, несмотря на то, что психоанализ послужил конкретной отправной точкой для его исследования привязанности» (Бурменская Г. В. — 2003. — С. 6). Видимо, неслучайно последняя значительная работа Дж. Боулби посвящена научной биографии Ч. Дарвина.

Бурно развивающаяся в 1950-е гг. кибернетика и разработки в области систем управления и теории информации, а также системный подход в области биологии послужили другим источником теории привязанности и ее важнейшего моделирующего представления о детерминантах развития как *системах регуляции поведения, общих для животных и человека*.

Системный подход зародился в биологии и в технических науках. Первоначально его развитие было независимым в обеих сферах. В технических науках разработки Н. Винера привели к созданию кибернетики. Разработки Л. Берталанфи в биологии привели к созданию теории открытых систем. Затем общность некоторых существенных принципов анализа систем заставила говорить об общем системном подходе как едином методологическом направлении. Закономерно возникли попытки распространить его влияние на ряд других областей, в том числе на психологию. «В биологии главной причиной возникновения системных идей явилось осознание недостаточности чисто эволюционного подхода для объяснения таких феноменов, как рост, регенерация, экологическая организация и др. В дополнение к идее развития в качестве одной из ведущих была выдвинута идея системности, организованности» (Блауберг И. В., Юдин Э. Г. — 1973. — С. 55). Л. Берталанфи сформулировал теорию, позволившую объяснить перечисленные феномены. Это уже упомянутая теория открытых систем — систем, которые обмениваются с окружающей средой энергией и материей.

Теория открытых систем Л. Берталанфи развивалась независимо от кибернетики и связанных с ней подходов и была направлена на обоснование уникальности живых систем, в то время как кибернетика склонна подчеркивать общее между «умными машинами» и человеком. Предметом исследования в кибернетике являются системы управления, она рассматривает их информационные

аспекты. Л. Берталанфи в 1960-х гг. объединил разные типы системных теорий (кибернетика, теория информации, теория игр, теория решений, факторный анализ и т.д.) в так называемую общую теорию систем, прикладные же исследования, проводимые на базе этих теорий, он назвал системным подходом (Bertalanfy L. — 1968).

К системному подходу, безусловно, относятся теория и исследования Дж. Боулби. Прежде всего он отталкивается от кибернетического понятия систем управления. Понятие «управление» в кибернетике в его первоначальном смысле характеризовалось следующими тремя основными признаками: 1) автоматические действия системы; 2) действия системы с определенной целью; 3) наличие обратной связи, как основы автоматического регулирования. Для объяснения врожденного инстинктивного поведения животных и младенцев Дж. Боулби использует именно эти моделирующие представления — автоматизированные системы управления с обратной связью.

Процесс и условия реализации природных систем управления поведением приводят к формированию определенного, в каждом случае индивидуального набора *«рабочих моделей», т.е. устойчивой системы представлений о себе и об окружающих объектах, прежде всего о людях и способах взаимодействия с ними.* Термин «рабочая модель» Дж. Боулби позаимствовал из работ биолога К. Крейка и противопоставил бихевиористским линейным и упрощенным моделирующим представлениям о механизмах развития и регуляции поведения на основе классического и оперантного научения. В нем отражается влияние когнитивного направления и имеются некоторые черты сходства с понятиями «когнитивная карта» Э. Толмена, «когнитивная схема» А. Бека, «объектные репрезентации» в теории объектных отношений. Различие заключается в целенаправленной и осознанной попытке привлечь разработки системного подхода для объяснения влияния раннего опыта на последующее поведение. Дж. Боулби активно использовал понятийный аппарат теории систем и информационного подхода при описании инстинктивного поведения животных и при описании привязанности у человека. Это явно не облегчает чтение его фундаментального труда, насыщенного сложной терминологией. Однако при внимательном знакомстве с ним яркость феноменологического материала, живые зарисовки взаимодействия матери и ребенка окупают усилия.

Приверженность Дж. Боулби эволюционной теории Ч. Дарвина дает критикам основания для упрека его в натурализации человеческой психики, а приверженность идеям кибернетики — в механистичности. Однако наличие натуральных, природных форм поведения и психических функций, на наш взгляд, не противоречит тому, что впоследствии они появляются уже как продукт

усвоения культурных норм и способов. Привлечение системных моделирующих представлений из кибернетики позволило лучше понять многие феномены поведения маленьких детей, до этого не получавшие вполне удовлетворительного объяснения (Бурменская Г. В. — 2003). Следует подчеркнуть, что Дж. Боулби ограничивал свои моделирующие представления самым ранним периодом развития, зато по детальности феноменологического анализа поведения привязанности у животных и детей его монография не имеет аналогов.

* * *

Теория привязанности оказала и оказывает большое влияние на современные исследования в области клинической психологии. Ее гуманистический пафос значительно повлиял на практику воспитания детей и оказания психологической помощи семье. Она относится к числу системных биопсихосоциальных моделей нормального развития и психической патологии.

7.1.2. Моделирующие представления о детерминантах психического развития

Представления об источнике и движущих силах развития. В качестве источника развития Дж. Боулби наряду с врожденными физическими потребностями выделял *потребность в привязанности*, общую для человека и животных и коренящуюся в эволюционных процессах приспособления для выживания. В качестве важной движущей силы развития он вслед за Ч. Дарвином рассматривал *приспособительные системы, возникающие в ходе эволюции*. Опираясь на исследования этологов и наблюдения за поведением маленьких детей, он обосновывал наличие таких врожденных систем регуляции поведения. Среди них особое место Дж. Боулби отводил системе управления поведением привязанности. До определенного возраста ребенка ее работа протекает без участия сознания и биологически предопределена. Однако в процессе запуска и реализации таких автоматизированных систем сбои в них грозят закреплением неадаптивных форм регулирования поведения. Другой важной движущей силой, тоже генетически обусловленной, Дж. Боулби считал потребность в извлечении информации, в исследовании окружающего мира.

Представления о механизмах и условиях развития. Удовлетворение потребности в привязанности рассматривалось им в качестве важнейшего механизма нормального развития — физического, эмоционального, когнитивного и личностного, а также процессов социализации. Если природа этой потребности (ее

врожденный или приобретенный характер) до сих пор остается предметом дискуссий, то ее важнейшее влияние на развитие не вызывает сомнений. С первых наблюдений Дж. Боулби и до наших дней накоплено множество данных, подтверждающих фатальные последствия депривации привязанности для нормального развития и психического здоровья (см.: Лангмайер Й., Матейчек З. — 1984; Ослон В. Н., Холмогорова А. Б. — 2001).

Во время написания упомянутого отчета для ВОЗ Дж. Боулби располагал лишь первыми научными наблюдениями. Он также встречался со многими практиками и учеными, работающими в области организации ухода за детьми и в детской психиатрии. В этих встречах его больше всего поразило то, «что все они были единодушны в понимании основ психического здоровья детей и по поводу условий и практических методов ухода, которые могут его обеспечить» (Боулби Дж. — 2003. — С. 22). В первой части отчета Дж. Боулби сформулировал основное условие нормального психического развития ребенка: «Для психического здоровья важно, чтобы между маленьким ребенком и его матерью (или тем, кто постоянно ее замещает) существовали теплые, близкие и продолжительные отношения, в которых оба находили бы удовлетворение и радость» (там же. — С. 22).

Важнейшая заслуга Дж. Боулби — тщательное изучение *условий воспитания, способствующих удовлетворению потребности в привязанности как основному механизму нормального развития*. Так называемая депривационная симптоматика (симптоматика, связанная с лишением ребенка важных условий его психического развития, от англ. *deprivation* — лишение, потеря) включает в себя всю шкалу психических отклонений — от легких особенностей психического реагирования до грубых нарушений развития интеллекта и характера (Bowlby J. — 1951, 1973, 1980; Коробейников И. А., Слуцкий В. М. — 1990; Каплан Г., Сэдок Б. — 1994; Прихожан А. М., Толстых Н. Н. — 2005). Многочисленные зарубежные и отечественные исследования (см. обзор: Ослон В. Н., Холмогорова А. Б. — 2001) убедительно показывают, что воспитание в сиротских учреждениях неизбежно приводит к депривации. Семья является важнейшим условием нормального развития любого ребенка. Напротив, в случае грубых семейных дисфункций (алкоголизация родителей, насилие и другой травматический опыт) именно семья становится фактором возникновения различных по тяжести психических расстройств (Соколова Е. Т., Николаева В. В. — 1995; Кернберг О. — 2000; Холмогорова А. Б., Воликова С. В. — 2007).

Дж. Боулби дал лаконичный и выразительный ответ на вопрос о критериях нормальных условий развития: «Такими надежными *критериями нормальных условий, на самом деле, являются любовь ребенка к матери, а матери к ребенку*. Эти условия как

бы само собой разумеются, поскольку внутренне присущи природе человека. Поэтому если в ходе развития эти условия заметно отклоняются от нормы, что иногда случается, речь следует вести о патологии (выделено мной. — *А. Х.*)» (Боулби Дж. — 2003. — С. 270).

В результате длительной работы и проведения множества эмпирических исследований Дж. Боулби и М. Эйнсворт дали детальный ответ на вопрос о том, какое именно поведение близких взрослых обеспечивает нормальную работу системы управления поведением привязанности и как возникает так называемая *надежная привязанность — основа психического здоровья*. Наиболее важным в поведении матери считается ее способность чутко и быстро реагировать на сигналы, подаваемые ребенком и вступать с ним в эмоциональный контакт. Не менее важной является частота и длительность взаимодействия с ребенком: «Матери, чьи дети имеют наиболее надежную привязанность к ним отличаются тем, что реагируют на сигналы своих малышей немедленно и так, как необходимо. Они много и активно взаимодействуют со своими детьми — к их обоюдному удовольствию» (Боулби Дж. — 2003. — С. 351). Детальный анализ процесса взаимодействия маленького ребенка с матерью и становления поведения привязанности, данный в работах Дж. Боулби, специалисты оценивают как уникальный по точности и полноте.

* * *

Таким образом, моделирующее представление о детерминантах развития в теории привязанности можно представить как развертывающуюся систему запрограммированных самой эволюцией приспособительных механизмов в виде врожденных систем управления поведением, важнейшей из которых является система управления поведением привязанности. В случае отсутствия основного условия запуска системы в виде постоянно ухаживающего и находящегося в близком эмоциональном контакте с ребенком взрослого этот механизм не запускается и развитие, как психическое, так и физическое, нарушается. То же самое происходит в случае, если запущенная система реализации поведения привязанности не может нормально работать из-за разлуки с объектом привязанности или его неправильного поведения.

7.1.3. Моделирующие представления о структурно-динамических характеристиках психики

Представления о структуре психики. Моделирующее представление о структуре психики задается как складывающаяся в процессе развертывания поведения привязанности система управ-

ления поведением в виде представлений о себе, о мире и способах взаимодействия с ним. Как уже говорилось, Дж. Боулби дал им название «рабочих моделей». *Набор таких рабочих моделей и представляет собой важнейшую психическую структуру.*

При разработке этого понятия Дж. Боулби отталкивался от разработок в области теории систем управления (кибернетика) и информационного подхода, тесно связанного с кибернетическими идеями. Ссылаясь на работы представителей информационного подхода он писал о моделях, создаваемых мозгом, чтобы передавать и хранить информацию, а также ввел понятие целенекорректируемых и целекорректируемых систем. Первые представляют собой жесткие цепочки связей, подобные инстинктивному поведению у низших животных, не способных менять свое поведение с учетом обстоятельств. Вторые — более зрелые и гибкие системы управления поведением, которым представители информационного подхода Дж. Миллер, Е. Галантер и К. Прибрам дали название «план». Цель плана остается неизменной, но способы ее достижения зависят от обстоятельств.

Рабочие модели могут регулировать поведение на бессознательном уровне, как это происходит у совсем маленьких детей. Но специфически человеческой Дж. Боулби считал *сознательную корректировку рабочих моделей*, причем отмечал важную роль этой способности для психического здоровья. «Имеется еще одно свойство моделей окружающей среды и организма, очень важное для сферы психопатологии. Рефлексия предполагает, что многие психические процессы, которые мы вполне ясно осознаем — это процессы, связанные с построением моделей, с изменением и расширением их, проверкой их внутренней согласованности или с использованием их для создания нового плана достижений установочной цели. Хотя нет необходимости в том, чтобы эти процессы всегда протекали на сознательном уровне, но иногда это все же может потребоваться. В частности, весьма вероятно, что изменение, расширение и проверку моделей плохо осуществляют или не осуществляют совсем, если модель время от времени не подвергается корректировке со стороны тех особых преимуществ, которыми обладает сознание» (Боулби Дж. — 2003. — С. 90). Здесь же он назвал описанную систему регуляции *метаорганизующей деятельностью*. Таким образом, можно утверждать, что Дж. Боулби хорошо понимал роль сознания и рефлексии для психического здоровья. Однако как всякий глубокий исследователь он должен был ограничить свое исследовательское поле, и он сознательно ограничил его ранним детством.

Дж. Боулби указывал на тесную связь понятия «рабочей модели» с моделирующими представлениями о структуре психического в рамках психодинамической традиции. Хотя он прямо и не упоминал термин «объектные репрезентации», опора на это понятие

угадывается во многих его описаниях рабочих моделей. «Модели окружающей среды и организма, описанные здесь как необходимые компоненты сложной биологической системы управления, — это, конечно, ничто иное, как “внутренние миры” в традиционной психоаналитической теории, на которые мы посмотрели с новой точки зрения. Как в традиционной, так и в современной теории основная часть психопатологических явлений рассматривается в связи с моделями, которые в большей или меньшей степени неадекватны и неточны. ...Именно с этой точки зрения можно понять некоторые из патологических последствий разлуки...» (там же. — С. 90).

Представления о микродинамике психики. Дж. Боулби рассматривал раннее детство как непрерывное взаимодействие ребенка с матерью, в процессе которого формируются рабочие модели. Функционирование психики в этом возрасте он понимал как *динамическое взаимодействие поведения привязанности и исследовательского поведения ребенка*. Этот динамический процесс тесно связан с направленным на ребенка поведением привязанности со стороны матери, и с ее автономным функционированием, связанным с другими делами, заботами и интересами.

Дж. Боулби подчеркивал, что исследовательское поведение является не менее важным и самостоятельным, чем поведение привязанности. Оно эволюционно обусловлено и имеет свою цель — извлечение информации из окружающей среды — и свою систему управления. Исследовательские формы поведения очень ярко выражены в животном мире. И у животных и у человека они тесно связаны с поведением привязанности. Если ребенка забрать у матери, то исследовательское поведение у него немедленно заменяется поведением привязанности. Нормальное развитие исследовательского поведения возможно только в том случае, если потребность в привязанности удовлетворяется и формируется рабочая модель мира как достаточно безопасного и интересного места, а себя — как способного справиться с возможными трудностями.

«Рабочая модель» включает модель себя и близкого человека («Я — Другой»), при этом восприятие себя определяется тем, как меня воспринимает объект привязанности. Мать, по тем или иным причинам избегающая контакта с ребенком, неспособная получать удовольствие от него, реагирующая с раздражением на его крик, не может удовлетворить потребность в привязанности. Последнее приводит к активизации поведения привязанности — малыш становится капризным и беспокойным. Взаимодействие в диаде мать—ребенок «всегда сопровождается сильнейшими чувствами и эмоциями, радостными или противоположными им. Когда это взаимодействие протекает согласованно, каждый из

участников выражает огромное удовольствие от общения друг с другом, особенно в ответ на проявления любви со стороны партнера. Напротив, если в ходе взаимодействия постоянно возникают конфликты, каждая из сторон обычно испытывает сильное беспокойство или подавленность, особенно если одна отвергает другую» (Боулби Дж. — 2003. — С. 269).

Дж. Боулби выделял два вида памяти — *глубинную* и *семантическую*. Первая довербальна и сохраняет опыт в виде некой матрицы, первичной «рабочей модели». Вторая возникает вместе с развитием речи и сохраняет опыт в вербальной форме. Глубинная память сохраняет образы и образцы поведения с близкими людьми, которые служат основой в ситуациях взаимодействия с другими людьми. Представление о «рабочей модели» позволяло объяснить наличие различных интерперсональных трудностей и дисфункций в более позднем возрасте, а также стало основой для объяснения эмоциональных нарушений (тревоги, депрессии, повышенной агрессивности) и нарушений поведения у детей и взрослых.

Чтобы оставаться эффективными, «рабочие модели» должны постоянно обновляться. В зависимости от обстоятельств в жизни человека эти изменения могут быть большими или меньшими. Если способность к корректировке моделей по каким-то причинам низкая или утрачена, то снижаются возможности адаптации человека и возникают различные психические расстройства.

Представления о макродинамике. Анализируя развитие психики в онтогенезе Дж. Боулби сконцентрировал свое внимание на стадиях становления поведения привязанности у маленьких детей. Выделение этих стадий основано на детальных исследованиях М. Эйнсворт. Она проводила их вначале в Лондоне совместно с самим Дж. Боулби, а затем в условиях другой культуры — в Уганде. Для обоснования эволюционно-приспособительной роли этого поведения важно было доказать его универсальность и относительную независимость от влияния культуры. Было выделено четыре стадии становления поведения привязанности в условиях разных культур: 1) начальной ориентировки и неизбирательной адресации сигналов любому лицу; 2) выделения и сосредоточения на определенном лице; 3) использования взрослого (обычно матери) в качестве опоры для исследовательского поведения; 4) гибко регулируемого (целекорректируемого) партнерства на третьем году жизни. Остановимся подробнее на характеристиках каждой из этих стадий.

Как отмечал Дж. Боулби, у ребенка почти с рождения присутствует склонность избирательно реагировать на стимулы, связанные с человеком: слуховые, исходящие от его голоса; зрительные — от лица; тактильные и кинестетические — от рук и тела. «Из этих истоков берут свое начало высокодифференцированные

сложные системы, которые позднее, в младенчестве и детстве, а в действительности до конца жизни, опосредуют привязанность к конкретным лицам» (там же. С. 296).

Итак, первая стадия развития привязанности начинается с момента рождения и длится не менее 8—12 недель, в неблагоприятных же условиях (дефицит контактов с ухаживающими людьми или их постоянная смена) она может продолжаться значительно дольше. В это время растет число разнообразных ориентировочных реакций на человека — слежение глазами, цепляние, лепет, заканчиваясь выраженной реакцией оживления. К четырем неделям устанавливается прочное предпочтение человеческого лица другим объектам. Дж. Боулби полемизировал с Ж. Пиаже, который считал этот феномен обусловленным только узнаваемостью объекта. Он был настойчив в своей гипотезе о врожденном предпочтении человеческого лица другим объектам, как проявлению врожденной потребности в привязанности.

На второй стадии ребенок по-прежнему дружелюбно реагирует на появление любого человека, но его оживление ярче проявляется по отношению к присутствию матери. Эта стадия при благоприятных обстоятельствах продолжается до 6 месяцев, но в случае их отсутствия может длиться значительно дольше.

На третьей стадии, когда ребенок уже может передвигаться в пространстве (ползает или ходит), репертуар его реакций расширяется, включая следование за уходящей матерью, приветствие при возвращении и «использование ее в качестве базы, откуда он совершает свои исследовательские вылазки» (там же. — С. 297). К незнакомым людям ребенок начинает относиться с осторожностью, реагирует на их появление тревогой и избеганием. С этого момента ребенок проявляет поведение привязанности, все более активно воздействуя на мать, или, в терминологии, используемой Дж. Боулби, системы, опосредствующие поведение ребенка по отношению к матери, постепенно приобретают целекорректируемый характер. Наряду с поведением привязанности все более выраженный характер приобретает исследовательское поведение.

Наконец, на четвертой стадии формируется целекорректируемое партнерство между матерью и ребенком. Дж. Боулби открыто признавал, что убедительных эмпирических сведений о времени начала этой стадии у него нет. По его предположению на этой стадии мать на когнитивной карте ребенка приобретает статус независимого и константного объекта, движения которого в пространственно-временном континууме более или менее прогнозируемы (сравните с характеристиками объектных репрезентаций в теории объектных отношений). Постепенно он начинает «понимать чувства и мотивы своей матери», таким образом закладывается база для отношений, которые Дж. Боулби называл отношениями партнерства.

В процессе смены этих стадий происходит непрерывное усложнение систем управления поведением — замена целенекорректируемых систем на целекорректируемые, появление все более эффективных рабочих моделей: «К концу первого года жизни, а особенно активно, вероятно, на протяжении второго и третьего года, когда он обретает могучий и совершенно исключительный дар речи, малыш создает свои рабочие модели. В них отображается то, как может "повести себя" физический предметный мир, что можно ожидать от матери и других значимых для него людей, от него самого и как все они взаимодействуют друг с другом. В пределах этих рабочих моделей он оценивает ситуацию, в которой находится, и строит свои планы. С помощью рабочих моделей своей матери и себя самого он оценивает особенности своей ситуации и составляет планы удовлетворения потребностей» (там же. — С. 394—395).

Начиная с трехлетнего возраста у большинства детей поведение привязанности становится не столь частым и настойчивым, как раньше, и эта тенденция сохраняется у детей на протяжении нескольких лет, хотя полностью поведение привязанности никогда не исчезает.

* * *

Таким образом, моделирующее представление о структурно-динамических характеристиках психики можно представить как процесс непрерывного усложнения «рабочих моделей» и систем управления поведением от нецелекорректируемых к целекорректируемым и, наконец, к корректируемым на сознательной основе. Это усложнение у маленького ребенка происходит в непрерывном динамическом взаимодействии двух форм поведения — поведения привязанности и исследовательского поведения, их развитие тесно связано с поведением матери.

7.1.4. Моделирующие представления о здоровой личности и механизмах психической патологии

Представления о здоровой личности. Согласно модели привязанности определяющим для психического развития и здоровья является характер отношений ребенка с матерью (или другой значимой фигурой — *key figer*) в период раннего детства, которые Дж. Боулби обозначал как тип привязанности. От типа ранней привязанности зависит характер отношений с другими людьми, способность к близости, интимности, эффективному взаимодействию, а также познавательная активность ребенка. Психически здоровая личность предстает в свете данной концепции прежде

всего как *способная к интимным, близким, партнерским отношениям с другими людьми*. Это, впрочем, явно корреспондируется с представлениями о психическом здоровье практически во всех рассмотренных традициях и может быть отнесено к важнейшим показателям психического здоровья, выработанным психологической наукой.

За моделирующим представлением о психически здоровой личности как способной к любви и сотрудничеству стоит представление о зрелых рабочих моделях. Зрелость рабочей модели определяется способностью воспринимать Другого как независимый и константный объект со своими целями, с которыми необходимо считаться. Основа сотрудничества — способность понимать чувства и намерения другого человека, соотносить их со своими, договариваться и ставить совместные цели, что предполагает также умение идти на компромиссы и уступки. Этот стиль взаимодействия, который зарождается на четвертой стадии развития привязанности, но закладывается на трех предшествующих, Дж. Боулби предлагал называть «партнерством».

Он сформулировал рекомендации специалистам и матерям, которые часто затрудняются в решении вопроса о том, сколько ласки, внимания и других проявлений поведения привязанности необходимо давать малышам, чтобы их психическое развитие проходило оптимально и чтобы они не выросли разбалованными и изнеженными.

Дж. Боулби подошел к этому вопросу по аналогии с другим, не менее типичным вопросом: «Сколько должен есть ребенок?» И ответил на него следующим образом: «В настоящее время ответ широко известен. С первых же месяцев самое лучшее — "прислушиваться" к ребенку. Если ему хочется есть больше, вероятно, пища идет ему на пользу, если он отказывается есть, в этом, скорее всего, нет ничего плохого. Ребенок с нормальным обменом веществ сам способен регулировать прием, количество и качество пищи... То же самое справедливо и в отношении поведения привязанности, особенно в первые годы жизни. Малышу из обычной семьи не повредит, если заботливая мать будет находиться вместе с ним столько времени, сколько он захочет, и будет уделять ему столько внимания, сколько он потребует. Таким образом, в том, что касается ухода и заботы (как и в случае с питанием), ребенок, по-видимому, сам может успешно отрегулировать нужное ему потребление материнского внимания» (там же. — С. 397).

Основную проблему воспитания детей в западных странах Дж. Боулби видел в недостатке материнской заботы вследствие частой смены ухаживающих за ребенком лиц. Нарушения вследствие повышенного внимания он считал менее распространенными и отмечал, что при внимательном наблюдении эти случаи связаны не с ненасытной потребностью ребенка в любви и вни-

мании, а с неумением матери прислушиваться к ребенку, подавлением его инициативы и навязчивым желанием излить на него свою любовь.

М. Эйнсворт выделила три типа привязанности: 1) *надежная*; 2) *избегающая*; 3) *амбивалентная*. Надежная привязанность связана с таким поведением матери, которое обеспечивает чувство безопасности ребенку. Избегающая и амбивалентная привязанность связаны с эмоционально нестабильным поведением матери, не дающим чувства базовой безопасности. Представители теории привязанности приложили много усилий, чтобы экспериментально показать, что два последних типа привязанности, получившие общее название «ненадежная привязанность», связаны с бо́льшим риском психической патологии, менее конструктивными отношениями с другими людьми, меньшей креативностью.

Итак, моделирующее представление о нормальном развитии в рамках данной концепции — *это развитие на основе надежной привязанности*. Различные формы психической патологии (задержки психического развития, эмоциональные расстройства, а также патология характера) связываются с отсутствием привязанности в условиях сиротских учреждений, ранней сепарацией, ненадежным типом привязанности — избегающим или амбивалентным.

Представления о психической патологии. Два тома, в которых изложены основы теории психической патологии, Дж. Боулби посвятил тревожным и депрессивным расстройствам. *Нарушения взаимодействия с матерью, ранние потери и раннюю сепарацию он напрямую связывал с аффективной психической патологией* — депрессивными и тревожными расстройствами у детей и взрослых (Bowlby J. — 1973, 1980).

При описании механизмов депрессии в качестве центрального выступает понятие *утраты*, именно с этим травматическим опытом Дж. Боулби связывал предрасположенность к депрессивным реакциям. На дискуссионный в то время вопрос о том, бывает ли депрессия у детей, он давал однозначный положительный ответ. Склонность к депрессиям во взрослом возрасте он также связывал с травматическим опытом утраты в детстве.

Отталкиваясь от разработок З. Фрейда, а также собственных наблюдений и исследований этологов, Дж. Боулби разработал собственную концепцию этиологии тревожных расстройств. Отметив, что З. Фрейд пришел к выводу о взаимосвязи патологической тревоги и страха утраты объекта, Дж. Боулби указал, что причины возникновения этого страха в психодинамической традиции оставались до конца не понятыми.

Одной из причин повышенной тревожности как у детей, так и у взрослых может быть сформировавшаяся в детстве ненадежная

привязанность как результат холодного, отвергающего поведения матери, неспособной чутко и с любовью реагировать на потребности ребенка.

Дж. Боулби анализировал различные типы расстройств у детей — школьная фобия, фобия животных, агорафобия — с точки зрения теории привязанности (Bowlby J. — 1973). Он указывал на многочисленные дисфункции в этих семьях и приводил результаты первых исследований на эту тему. Стоит упомянуть его детальный анализ классического случая маленького Питера, страдавшего фобией животных (кроликов, крыс, а также пушистых предметов) (см. 4.4). Познакомившись с подробным отчетом об эксперименте на контробусловливание (угашение патологической реакции страха), Дж. Боулби установил, что Питер происходил из очень неблагополучной семьи, его старшая сестра умерла, мать была очень неуравновешенна, контролировала его и часто пугала, чтобы добиться послушания. В отчете отмечалось также, что Питер привязался к молодому ассистенту, в присутствии которого его страх животных снижался и он вел себя гораздо спокойнее. По мнению Дж. Боулби, это свидетельствовало о важной роли ненадежной привязанности в генезе тревожных расстройств, с одной стороны, и необходимости удовлетворения потребности в привязанности в процессе лечения этих расстройств — с другой.

Важная роль семейных дисфункций в происхождении тревожных и депрессивных расстройств подтверждается современными исследованиями (Холмогорова А. Б., Воликова С. В., Полкунова Е. В. — 2005; Холмогорова А. Б., Воликова С. В. — 2007).

Дж. Боулби опирался на понятие «сепарация», с помощью которого он обозначил ситуацию долговременной разлуки ребенка с матерью или другим замещающим лицом. *Сепарационная тревога*, по его мнению, лежит в основе многих эмоциональных расстройств. Исследователь выделил сопутствующие сепарации факторы, от которых зависела степень ее негативного влияния на психическое здоровье ребенка: глубина эмоциональной связи между матерью или другим объектом привязанности и ребенком до сепарации; внезапность или постепенность, а также длительность сепарации; наличие или отсутствие лиц, замещающих объект привязанности; возраст ребенка на момент разлуки с матерью.

Дети до 6 мес относительно спокойно переносят разлуку и быстро привыкают к новому объекту привязанности. Ребенок после 6 мес со сформированной привязанностью реагирует на разлуку совершенно иначе, чем ребенок, которому не удалось развить отношения привязанности. Привязавшийся ребенок отвечает на разлуку бурной вспышкой отрицательных эмоций, которая может иметь очень продолжительный характер. Дж. Боулби выделял три стадии в развитии реакции на раз-

луку — *протест*, *отчаянье* и *отстранение*. На стадии протеста ребенок отказывается смириться со своим отделением от любимого объекта — он может кричать, биться головой, бросаться на пол, брыкаться и отказываться от контактов с теми, кто пытается его успокоить или усмирить. На второй стадии, которая может наступать через несколько часов или дней после первой, ребенок как бы теряет надежду. Он становится тихим и подавленным, его плач становится безысходным и монотонным. Наконец, на третьей стадии ребенок постепенно восстанавливает отношения с окружающим миром и начинает опять проявлять к нему интерес. Однако если мать в этот момент навещает его, он может реагировать неожиданным равнодушием или отстранением. Приведем одно из описаний подобной динамики (Bowlby J. — 1973. — P. 4).

Регги, поступивший в наш детский дом пятимесячным ребенком, вернулся домой к матери, когда ему был один год и восемь месяцев, однако спустя два месяца был опять возвращен в детский дом. Во время пребывания у нас он сформировал отношения привязанности к двум молодым няням, которые заботились о нем в разное время. Одна из привязанностей была неожиданно прервана в два года восемь месяцев, когда его «собственная» няня вышла замуж. Он был совершенно потерян и угнетен после ее отъезда, но отказывался даже взглянуть на нее, когда спустя какое-то время она пришла, чтобы навестить его. Он отвернул голову, когда она пыталась заговорить с ним, но посмотрел на дверь, которая закрылась за ней, когда она ушла. Вечером в постели он сел и сказал: «Моя собственная Мэри-Энн! Но я не люблю ее».

Длительную изоляцию от матери, особенно воспитание в детских домах, Дж. Боулби считал крайне вредным для психического здоровья ребенка. Как уже говорилось, первое научно обоснованное исследование влияния условий воспитания на развитие и социализацию ребенка-сироты в рамках традиционной модели замещающей заботы — сиротского учреждения было проведено им в 1951 г. по заказу Всемирной организации здравоохранения (Bowlby J. — 1951). Результаты этого исследования выявили задержку эмоционального, когнитивного и социального развития детей и не вызывали сомнений в плане необходимости отказа от сиротских учреждений как модели воспитания.

Дж. Боулби пришел к выводу, что *проблема коренится не в самом общественном воспитании, а в отсутствии условий, при которых ребенок-сирота мог бы установить интимные, эмоционально насыщенные и устойчивые отношения с объектом привязанности, способствующие формированию здоровой, активной и социально адаптированной личности*. Напомним, что именно изучение сиротских учреждений и особых нарушений развития, формирующихся в их стенах, привели Дж. Боулби к созданию теории привязанности.

Согласно обзору известных последователей Дж. Боулби Й. Лангмайера и З. Матейчека, у воспитанников сиротских учреждений при нормальном физическом развитии отмечаются дефициты речевого развития и социализации. Вместе с тем справедливости ради надо сказать, что более позитивное развитие детей отмечалось в тех учреждениях, где проявлялось много заботы о создании максимально благоприятного социального окружения, кроме того тяжесть последствий институциализации прямо зависела от индивидуальных особенностей конституции ребенка. В некоторых исследованиях были получены данные о том, что при наличии благоприятных условий когнитивное развитие ребенка в сиротских учреждениях (изучались учреждения в Израиле, Югославии, Польше, Австрии) не отличается от такового у детей, воспитанных в семье. Гораздо более согласованны данные, касающиеся эмоционального и личностного развития детей. Разные исследователи показали, что дети в сиротских учреждениях имеют в среднем гораздо более низкую самооценку по сравнению с детьми, проживающими в семье, причем отмечалась отрицательная корреляция между уровнем самооценки и длительностью пребывания в детском доме (чем дольше пребывание, тем ниже самооценка) (Kadushin A. — 1978).

В бывшем СССР в силу изоляции науки и принципиально других коллективистских воспитательных установок эти данные не получили никакого резонанса. Более того, как было сказано выше, именно после войны, когда на Западе под влиянием исследований Дж. Боулби наметился отказ от институционального воспитания и распространение разных форм замещающей семейной заботы, в нашей стране была ликвидирована альтернативная форма решения проблемы сиротства — замещающая профессиональная семья.

Лишь в 1980—1990-х гг. был проведен целый ряд отечественных исследований (Грибанова Г. В. — 1993; Коробейников И. А. — 1997; Коробейников И. А., Слуцкий В. М. — 1990; Лисина М. И. — 1986; Мухина В. С. — 1989; Прихожан А. М., Толстых Н. Н. — 1991 и др.), убедительно показавших негативные последствия институционального воспитания.

Воспитание детей в детском доме строится без учета адекватных психологических условий, обеспечивающих полноценное развитие детей, и неизбежно включает факторы, тормозящие психическое развитие. Авторы этих исследований выделяют следующие негативные черты общественного воспитания:

1) неправильная организация общения взрослых с детьми, неадекватность тех его форм, которые доминируют в сиротских учреждениях:

– сниженная интимность и доверительность, эмоциональная уплощенность общения взрослых с детьми;

– дефицит возможностей установления прочных и длительных взаимоотношений ребенка с определенным взрослым;

– высокая частота сменяемости взрослых с несовпадающими требованиями к поведению детей; групповая, а не индивидуальная, направленность воспитательных воздействий;

– жесткая регламентация поведения детей, гиперопека в деятельности — пошаговое планирование и санкционирование их поведения; это приводит к тому, что положительное отношение взрослого ребенок должен заслужить выполнением его требований, примерным поведением, хорошими отметками;

2) недостаточная психолого-педагогическая подготовленность воспитателей;

3) недостатки программы воспитания и обучения, не компенсирующей дефектов развития, вызванных отсутствием семьи;

4) бедность конкретно-чувственного опыта детей, обусловленная чрезмерной суженностью окружающей их среды — малым числом и однообразием предметов, с которыми они действуют;

5) постоянное нахождение детей в условиях коллектива, невозможность уединиться.

Обеднение среды, как показали результаты исследований, приводит к сенсорной депривации, уменьшение коммуникаций с окружающими — к социальной депривации; уплощение эмоционального тона при взаимодействии с персоналом — к эмоциональной депривации; жесткая формальная организация среды детского дома — к когнитивной депривации (Трошихина Е. Г. — 1997).

Во всех отечественных исследованиях высказывается идея формирования особого типа личности у ребенка детского дома. А. М. Прихожан и Н. Н. Толстых описывают формирование личности с недоразвитием внутренних механизмов активного, инициативного и свободного поведения и указывают на преобладание зависимого, реактивного поведения у детей из сиротских учреждений. Недоразвитие механизмов саморегуляции компенсируется формированием различного рода «защитных реакций». Так, вместо творческого мышления развивается шаблонное, вместо становления произвольности поведения — ориентация на внешний контроль, вместо умения самому справиться с трудной ситуацией — тенденция к излишне бурному эмоциональному реагированию, обиде (Прихожан А. М., Толстых Н. Н. — 1991).

Для детей из закрытых учреждений характерен особый тип общения как со взрослыми, так и со сверстниками. Авторы указывают на гипертрофированную потребность в общении с взрослыми (вызванную дефицитом такого общения в сиротском учреждении). Выделяются два симптомокомплекса у младших школьников, воспитывающихся в детских домах, — «тревога по отношению ко взрослому» и «враждебность по отношению ко взрослым». У таких детей наблюдается доминирование защитных форм

поведения в конфликтных ситуациях, неспособность продуктивного, конструктивного разрешения конфликта, что проявляется в агрессии, неумении признать свою вину, стремлении переложить всю ответственность на окружающих.

Дефицит адекватного общения приводит к тому, что у ребенка закрепляется негативная агрессивная позиция по отношению к другим людям. Это распространяется и на сибсов (братьев и сестер). Дети практически не имеют родственной привязанности к собственным братьям и сестрам и в процессе общения оказываются неспособными устанавливать конструктивные, эмоционально адекватные отношения с другими детьми (Шипицина Л. М., Казакова Е. И. — 2000).

В своем устном выступлении перед специалистами руководитель одного из первых московских центров постинтернатной адаптации С. А. Левин сформулировал следующие типичные черты личности выпускника интерната:

– отчуждение от мира взрослых;

– негативизм, сформированный в ситуации психологического насилия в учебе;

– неспособность к самоутверждению в труде — привычка имитировать учебную деятельность;

– неспособность к планированию;

– инфантилизм и неразвитое индивидуальное сознание — равнодушие к себе и своей судьбе;

– неразвитый социальный интеллект;

– неспособность делать усилия, напрягаться в работе.

Для детей подросткового возраста характерным является особое психологическое образование — детдомовское «мы». Другими словами, дети без родителей делят мир на «своих» и «чужих», на «мы» и «они». От чужих они обособляются, ведут себя с ними агрессивно, готовы использовать в своих целях. Внутри своей группы дети, живущие в интернате, также обособлены, они могут проявлять жестокость в обращении со своими сверстниками или ребенком младшего возраста. Психологическое отчуждение от людей создает внутренние условия, которые впоследствии становятся благоприятной почвой для правонарушений — асоциального развития личности.

Необходимо подчеркнуть, что эта установка подкрепляется настороженным, а нередко открыто отрицательным отношением обывателей, противопоставлением детей из детского дома детям, проживающим в семьях. Обидные клички «детдомовец», дистанцирование с ожиданием подвоха с обеих сторон замыкает порочный круг отношений между открытым обществом и детьми, растущими за стенами детского учреждения. *Общество для этих детей выступает как отвергающее, а они для него — как неизбежное зло.*

В результате воспитания детей-сирот в условиях детского дома, по мнению А. М. Прихожан и Н. Н. Толстых, наблюдается также специфическое развитие интеллектуальной и аффективно-потребностной сфер, особенностей поведения, которые свидетельствуют о качественно ином характере формирования личности. Эта специфика проявляется в несформированности внутреннего, психического плана действий, собственной мотивации и преобладании ориентации на внешнюю ситуацию. Качественно иную форму имеет и развитие всех аспектов «Я» (представления о себе, отношения к себе, «образа Я», самооценки). Очень низкая самооценка, характерная для воспитанников детских домов, — основа личностных отклонений и невротических расстройств. Следствием депривации потребности ребенка в родительской любви является отсутствие у него чувства уверенности в себе, которое, возникнув на ранних стадиях возрастного развития, впоследствии становится устойчивой характеристикой личности воспитанников детского дома.

В исследовании И. А. Коробейникова был проведен сравнительный анализ умственного развития и уровня социализации детей с легкой степенью недостаточности ЦНС и проблемами школьной адаптации, обучавшихся: 1) в массовой школе; 2) в школе-интернате для детей, имеющих полную или неполную семью; 3) а также в школе-интернате для детей, лишенных родительского попечительства, т. е. лишенных связей с семьей. Исследователь делает вывод о том, что «наиболее тяжелые нарушения и искажения психосоциального развития отмечаются у детей... лишенных родительской опеки и интернированных в детские учреждения закрытого типа, где под влиянием тотальной и жесткой психической депривации формируются специфические механизмы адаптивного поведения, не согласующиеся с нормами адаптации, сложившимися в обществе» (Коробейников И. А. — 1997. — С. 35).

В условиях сиротского учреждения у ребенка интенсивно формируются некоторые принципиально иные механизмы, позволяющие ему приспособиться к жизни в особых условиях и тем самым «заменяющие ему личность» (Фурманов И. А. — 2004). Важнейшим этапом в развитии личности является этап формирования идентичности — системы представлений о себе, о мире и о себе в мире (Эриксон Э. — 1996). Этот этап сопровождается оформлением системы ценностей — тех жизненных ориентиров, которые благодаря своей значимости и эмоциональной насыщенности создают основу для нравственных барьеров и ограничений, задают жизненные смыслы и цели. Формирование системы ценностей происходит в процессе эмоционально насыщенного содержательного общения с принимающим и значимым для данного ребенка взрослым. Отсутствие постоянной заботящейся значимой фигуры, безусловного принятия, необходимость постоянно приспосабливаться и заслуживать хорошее отношение приводят к снижению активного отношения к жизни, при этом не формируются собственные ценности, принципы и ориентиры, зато развивается такая устойчивая черта, как конформность, ведóмость, что делает этих детей легкой добычей криминальных структур.

Сам Дж. Боулби приложил много усилий для установления связи между депривацией потребности в первичной привязанности и психической патологией у взрослых людей: «Таким образом, мы пришли к заключению, что потеря матери сама по себе или в сочетании с другими факторами, которые должны быть четко определены, способна вызвать реакции и процессы, представляющие огромный интерес для психопатологии. Более того — мы сделали вывод, что это те самые реакции и процессы, что и у взрослых людей, у которых сохранились расстройства, вызванные ситуацией разлуки с матерью, пережитой ими в раннем детстве. С одной стороны, среди этих реакций и процессов, среди разных форм расстройств мы наблюдали тенденцию предъявлять повышенные требования к другим людям и выражать тревогу и гнев, когда эти требования не выполняются, — так обычно бывает у зависимых и истеричных людей. С другой стороны, имеет место неспособность к установлению близких отношений, что наблюдается у людей, лишенных любви и привязанности, а также психопатических личностей» (Боулби Дж. — 2003. — С. XXIV).

Наряду с первичной привязанностью к матери или замещающей ее фигурой Дж. Боулби ввел понятие ***вторичной привязанности***, которая формируется на месте исходной привязанности вследствие разлуки с матерью. Вторичными привязанностями называют также отношения, развиваемые человеком с другими людьми — друзьями, учителями, приемными родителями. Если потеря матери или замещающей ее фигуры продолжается длительное время, то возникает не только первичная тревожность, но и печаль, депрессия, а также агрессия, одна из функций которой заключается в попытке достижения повторной связи. Данная идея также помогает понять природу агрессивности ребенка, лишенного родительской заботы, в отношениях с объектами вторичной привязанности — приемной матерью, патронатным воспитателем на первом этапе включения в семью как механизма поиска объекта привязанности и установления повторной связи.

В то же время вторичная привязанность — важный ресурс для адаптации ребенка-сироты в замещающей семье. Условия развития вторичной привязанности и интеграции ребенка-сироты в приемную семью были подробно изучены В. Н. Ослон (2002). В ее исследовании также показано, что в короткое время после перемещения детей из детского дома в семью все показатели психи-

ческого развития ребенка претерпевают существенную позитивную динамику.

* * *

Таким образом, здоровая личность в рамках данной модели — это личность, способная к близким партнерским отношениям, базой для развития которых является надежная первичная привязанность. В случае ненадежной привязанности, лежащей в основе отношений партнерства и сотрудничества с другими людьми, появляется риск эмоциональных расстройств. При тяжелой депривации потребности в привязанности в виде отсутствия постоянного объекта привязанности возникают грубые нарушения психического развития.

7.1.5. Основные теоретико-методологические принципы

Эволюционный принцип (*понятия*: *инстинктивные формы поведения*, *адаптивные механизмы*, *врожденные потребности*, *потребность в привязанности*, *глубинная и семантическая память*, *рабочая модель*).

Данный принцип позволял Дж. Боулби зафиксировать определенную преемственность эволюционно сложившихся адаптивных механизмов у животных и человека. Этот принцип вступает в определенное противоречие с культурно-историческим подходом к развитию психики, принятым в отечественной психологии (Бурменская Г. В. — 2003) (см. 6.1).

На наш взгляд, наличие натуральных природных психических функций не отрицалось Л. С. Выготским. Не рассматривая ребенка как *tabula rasa*, он писал об их преобразовании в процессе развития и превращении в высшие психические функции. Аналогом этого различения в концепции Дж. Боулби являются глубинная и семантическая память. Если первая сохраняет опыт в довербальной форме, то вторая, возникающая у ребенка после овладения речью, хранит информацию в вербальной форме. Очевидно, что первая оказывает существенное влияние на характер переработки информации и сознательные процессы.

Е. О. Смирнова считает, что обращение теории привязанности к эмоциональным взаимоотношениям ребенка и взрослого на ранних этапах онтогенеза способствует пониманию сущности и происхождения диалогизма сознания и самосознания ребенка. Она также отмечает ее важность для разработки проблемы невербального «языка» — внутреннего глубинного слоя сознания, элементы которого Л. С. Выготский называл «знаками без значения», т. е. знаками без конкретного семантического содержания, но обращенными к другому и диалогичными по своей природе,

а значит, обеспечивающими возможность и необходимость функции «означивания».

Хотя в отечественной психологии разработано моделирующее представление о развитии как совершающимся в диалогическом эмоциональном контакте с другим человеком (см. 6.1.2), значение эмоциональной связи между ребенком и взрослым мало исследовалось в отечественной традиции, в том числе в связи с распространенной ценностью общественного воспитания. Как отмечает Е. О. Смирнова, «в нашей традиции обычно определяющий акцент делался на совместной деятельности ребенка и взрослого или на общении, понимаемом как деятельность, где взрослый рассматривается как фактор становления самосознания ребенка» (Смирнова Е. О. — 1995. — С. 149). Далее она указывает, что отношение взрослого в рамках концепции Дж. Боулби является не средством, а сущностью, содержанием самосознания ребенка: «В фокусе теории привязанности находится не содержание деятельности (общения), а "чистое" отношение взрослого к ребенку, которое интериоризуется и формирует детское самосознание. "Я" и "Другой" (взрослый) существуют в понятии "рабочая модель" в неразрывном единстве и не могут быть разделены, хотя бы условно, на две независимые части» (там же. — С. 149).

В своих теоретических и эмпирических исследованиях личностных расстройств Е. Т. Соколова предприняла попытку синтеза теории объектных отношений, культурно-исторической концепции Л. С. Выготского и идей М. М. Бахтина о диалогической природе сознания и указала на важную роль раннего опыта в формировании довербальных форм восприятия мира (Соколова Е. Т., Николаева В. В. — 1995).

Принцип системного управления поведением (*понятия*: *взаимодействие ребенка и матери*, *целекорректируемые системы*, *рабочая модель*).

Важным для Дж. Боулби являлось представление о непрерывном развитии систем управления и неразрывной связи системы управления матери и ребенка. Помимо потребности в привязанности он постулировал врожденную потребность в исследовательской деятельности и рассматривал развитие в раннем возрасте как динамическое неразрывное единство систем управления следующими формами поведения: поведение привязанности и исследовательское поведение у ребенка, поведение привязанности и другие виды активности у матери. Фактически мать и ребенок рассматривались как единая система, которая продуцирует рабочую модель — основу для поведения с другими людьми в дальнейшей жизни.

По мере развития первоначально слепое инстинктивное поведение преобразуется в более сложное, при котором средства достижения цели могут гибко меняться в зависимости от обстоя-

тельств, рабочие модели приобретают все более целостный константный и дифференцированный характер. Способность к корректировке рабочих моделей — важнейшее условие психического здоровья. Д. Боулби отводил важную роль сознательной корректировке, употребляя такие понятия, как «рефлексия» и «метаорганизующая деятельность».

Исторический принцип (*понятия*: *ранний опыт*, *рабочая модель*, *замещающая фигура*, *вторичная привязанность*). Ранний опыт отношений с матерью и сформированное в раннем детстве отношение привязанности в значительной степени определяют дальнейшую жизнь и характер отношений ребенка с другими людьми. Этот принцип реализован также в представлении об определенных сензитивных периодах для запуска врожденных систем регуляции разных форм поведения, прежде всего поведения привязанности и исследовательского поведения. Отсутствие адекватных условий для запуска этих систем, в первую очередь наличия надежного объекта привязанности, который находится в постоянном контакте с ребенком и чуток к его потребностям, приводит к нарушениям развития и различным психическим расстройствам.

* * *

В рассмотренных принципах теории привязанности нашли отражение ее тесные связи с теорией объектных отношений, системным подходом и эволюционными идеями Ч. Дарвина. Направленность на синтез этих концепций является специфической особенностью теоретико-методологических принципов теории привязанности.

7.1.6. Исследовательские правила и процедуры

Первой исследовательской процедурой в рамках данного направления было *наблюдение за поведением и развитием детей*, находящихся в ситуации материнской депривации. Это прежде всего упомянутые выше исследования Р. Спитца, А. Фрейд, Дж. Боулби, Дж. Робертсона и других, которые позволили сформулировать положение о привязанности как жизненно важной потребности человека и выдвинуть гипотезу о ее эволюционно-приспособительном и врожденном характере. Широкую известность получили исследования нарушений психического развития в условиях общественного воспитания Й. Лагмайера и З. Матейчека (1984). Одно из последних отечественных исследований на эту тему было выполнено Ю. А. Михайловой (2004), наблюдавшей за развитием разных групп детей, разлученных с матерью: попавших в детский дом сразу после рождения или имевших опыт первичной привязанности. Спустя несколько лет было проведено

лонгитюдное исследование этих групп. Оно показало, что интерперсональные отношения детей, имевших опыт жизни в семье, более адекватны по сравнению с детьми, не имевшими этого опыта (Чупрова М. А. — 2007).

В 1950—1960-е гг. коллеги Дж. Боулби К. Хайнике, И. Вестхаймер, Дж. Робертсон вели тщательное наблюдение за реакциями детей после разлуки с матерью и после воссоединения с ней. *Исследование реакции детей на разлуку и встречу с матерью* — еще одна важнейшая исследовательская процедура теории привязанности.

На основе процедуры наблюдения за детьми, разлученными с матерью в естественных условиях, М. Эйнсворт разработала специальную экспериментальную процедуру для изучения привязанности, получившую название *ситуация с незнакомым взрослым*. Первоначально она была разработана для изучения исследовательского поведения ребенка и включала серию ситуаций, связанных с уходом и приходом матери, а затем с приходом и уходом незнакомого человека. В качестве главных показателей качества привязанности были выделены реакции ребенка на разлуку и встречу с матерью. По этому критерию было выделено три группы детей: 1) те, кто огорчался при уходе матери и радовался при ее появлении (группа с надежной привязанностью); 2) те, кто не огорчался и не плакал при разлуке с матерью, и игнорировал или даже избегал ее при встрече (избегающая привязанность); 3) те, кто давали яркую и гневную реакцию на разлуку с матерью, и сопротивлялись контактам при встрече с ней (сердились и плакали, хотя по другим признакам явно хотели ее внимания). Последний тип привязанности получил название тревожно-амбивалентный. Оказалось, что поведение детей тесно связано с поведением матерей. Матери детей первой группы характеризовались чутким отношением к ребенку, матери второй — отличались холодностью и невнимательностью к потребностям ребенка, а матери третьей — непоследовательностью и непредсказуемостью поведения.

Наконец, еще одной важной исследовательской процедурой стали начатые М. Эйнсворт *лонгитюдные исследования* поведения привязанности у ребенка и у матери по мере взросления ребенка, а также психического развития детей с разными типами привязанности. Особенно много внимания уделялось качеству их интерперсональных отношений с другими людьми в разные возрастные периоды. Эти исследования обычно начинались с первого года жизни ребенка, тип привязанности определялся по ряду критериев, среди которых важную роль играли чувствительность к потребностям ребенка, уважение матери к самостоятельности и индивидуальности ребенка, эмоциональная адекватность и поддержка ребенка.

Лонгитюдные эмпирические исследования частично освещены в отечественных обзорах данной проблемы (Смирнова Е. О. — 1995; Искольдский Н. В. — 1985). Они в целом подтвердили влияние качества отношений с матерью на последующие отношения с другими людьми. Однако более поздние исследования на больших когортах испытуемых показали, что характер ранних отношений с матерью не является фатальным для последующего развития и психического здоровья. Иначе говоря, отношения между этим фактором и развитием является не механистическим по типу прямых линейных причинно-следственных зависимостей, а опосредствованы другими факторами, связанными сложными системными зависимостями. Среди них следует упомянуть врожденные особенности нервной системы ребенка (то, что фатально для одного, более переносимо для другого), степень травматизации психики ребенка, наличие компенсирующих воздействий в виде других объектов привязанности (Brugha T. — 1995; Rutter M. — 1989). Все это говорит о возможности компенсации депривационных нарушений при создании соответствующих условий.

Исследования также показывают, что наличие опыта позитивных и стабильных межличностных отношений, пусть даже на более поздних этапах развития, является важным предиктором последующей способности человека строить конструктивные отношения с другими людьми, с партнером по жизни и в собственной семье. Интересен и тот факт, что глубокое осознание и осмысление своего травматического опыта также приводило к его преодолению — такие люди были способны к конструктивным отношениям, несмотря на травматические отношения в детстве (Champion L. at al. — 1995).

На основе теории привязанности строятся современные исследования интерперсональных отношений как важного фактора психического и физического здоровья. Они показывают, что люди, создающие вокруг себя стабильную сеть общения (социальную сеть), которая является источником инструментальной и эмоциональной поддержки, реже страдают как физическими, так и психическими недугами. Было выявлено, что способность создавать вокруг себя такую сеть связана с характером отношений привязанности в детстве. Взрослые, имевшие в детстве надежную привязанность, более способны к созданию устойчивых отношений, их социальные сети шире и дают им больше тепла и поддержки, причем эти отношения взаимны.

Так, в исследовании интерперсональных отношений детей из социально неблагополучных семей зафиксирована связь между негативным образом матери и выраженным страхом отвержения в общении с другими людьми (Н. С. Смирнова — 2008).

Следует также специально упомянуть процедуры *исследования формирования вторичной привязанности*, которые проводятся

с детьми, воспитывающимися в приемных семьях. Пер штабное отечественное исследование условий интеграции ребенка в приемной семье было проведено В. Н. Ослон (Ослон В. Н., Холмогорова А. Б. — 2001; Ослон В. Н. — 2002).

В заключение стоит отметить, что наряду с процедурами наблюдения, эксперимента и лонгитюдными исследованиями в настоящее время для изучения влияния характера ранней привязанности на психическое здоровье широко применяются *опросники, направленные на выявление характера связи с родителями в детстве*. Среди них особенно широкую известность получил опросник австралийского исследователя Дж. Паркера *PBI* (*Parental Bonding Instrument*), построенный на основе теории привязанности и тестирующий степень родительской заботы (эмоционального тепла и чуткости), а также уровень контроля и давления[1].

В нашей стране также приобрел известность опросник *ADOR* Шафера, тестирующий характер взаимоотношений между подростками и родителями в модификации словацких исследователей З. Матейчека и П. Ржичана. Он был апробирован на российской выборке в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева Л. И. Вассерманом, И. А. Горьковой и Е. Е. Ромициной (1995). В лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии А. Б. Холмогоровой и С. В. Воликовой был разработан и прошел процедуру стандартизации опросник СЭК (Семейные эмоциональные коммуникации), направленный на выявление стиля эмоциональных коммуникаций в родительской семье. Результаты, полученные с помощью перечисленных опросников, подтверждают концепцию Дж. Боулби о важной роли нарушения детско-родительских отношений в происхождении депрессивных и тревожных расстройств.

* * *

В теории привязанности разработаны моделирующие представления о нормальном развитии и механизмах психической патологии, которые получили солидное эмпирическое обоснование. Число исследований, проводимых на основе этих представлений, очень велико. Высокий объяснительный потенциал разработок Дж. Боулби продолжает привлекать внимание исследователей и в наши дни. Трудно переоценить значение этих исследований для практики воспитания детей, в том числе оставшихся без попечения родителей. Важнейший вывод из них — необходимость семейного воспитания и жизнеустрой-

---

[1] В настоящее время данный опросник проходит стандартизацию на кафедре клинической психологии и психотерапии факультета психологического консультирования МГППУ.

ства таких детей, особенно в младенчестве и раннем возрасте, когда закладываются рабочие модели отношений с миром — основа психического здоровья.

7.2. Системно ориентированная семейная психотерапия

7.2.1. Исторический контекст развития

В своей профессиональной деятельности Дж. Боулби сочетал исследовательскую работу и психотерапевтическую практику. Он пришел к заключению, что устранить психические и поведенческие нарушения у ребенка, как правило, невозможно, не меняя поведение его матери и ближайшего окружения. Ему принадлежат первые попытки работы с реальной семьей, поэтому он приветствовал появление семейной психотерапии как признанного направления: «В последние годы в детской психиатрии самым значительным событием стало растущее признание того, что в своей практической работе врачи призваны решать проблемы, которые чаще всего связаны не с отдельными людьми, а возникают в результате устойчивых паттернов взаимодействия, сложившихся между двумя, а чаще между несколькими членами семьи. Диагностика требует умения оценивать эти паттерны взаимодействия и те из особенностей, присущие каждому члену семьи, которые способствуют их сохранению; терапия опирается на методы, позволяющие более или менее одновременно вызывать устойчивые изменения у всех членов семьи, чтобы мог возникнуть и стал устойчивым новый паттерн их взаимодействия» (Боулби Дж. — 2003. — С. 389).

Семейная психотерапия, основанная на системном подходе, зародилась во второй половине XX в. в США. К этому времени уже сформировались и набрали силу три основные психологические традиции (психодинамическая, когнитивно-бихевиоральная, экзистенциально-гуманистическая). В это же время в качестве общенаучной методологии все большее признание получает системный подход. Он позволил объяснить многие сложные феномены, увязать между собой накопленные данные и изменил взгляд на человека, поместив последнего в более широкий контекст интерперсональных и культурных связей.

Системно ориентированная семейная психотерапия возникала как неклассическое направление в науках о психическом здоровье, изначально ориентированное на решение практических задач психологической помощи. С одной стороны, в процессе исследований и оказания психологической помощи все более рельефно выступала роль семьи в психическом здоровье человека, с другой —

становилось все более очевидным, что психическое заболевание одного члена семьи оказывает большое влияние на других ее членов.

Моделирующие представления о психической норме и патологии в рассматриваемой традиции развивались под непосредственным влиянием: 1) философских и методологических идей общей теории систем и возникших на ее основе теории групповой динамики и практики групповой психотерапии; 2) моделирующих представлений о психической норме и патологии, разработанных в рамках трех основных психологических традиций западной психологии.



Грегори Бейтсон (1904—1981)

Первопроходцы, заложившие основы теории и практики семейной психотерапии, — американский психолог из университета Кларка в Массачусетсе Дж. Белл и американские психиатры Д. Джексон, Н. Акерман и М. Боуэн.

Особенно большую роль на первых этапах становления семейной психотерапии сыграла группа из Пало-Альто во главе с Д. Джексоном: психиатры Дж. Хейли, В. Сатир и примкнувший к ним антрополог и культуролог Г. Бейтсон.

Грегори Бейтсону принадлежит особая заслуга, так как именно он задумал первый проект системного исследования семей, больных шизофренией, в Пало-Альто (Калифорния). Будучи антропологом, Г. Бейтсон работал вместе со своей женой М. Мид в Бали и Новой Гвинеи, его интересовали вопросы влияния культуры на психическое развитие. Заинтересовавшись теорией систем и кибернетикой, он попытался применить их к проблемам человеческой жизни. Его идея заключалась в том, что развитие человека и его проблемы невозможно понять вне культурного и семейного контекста, в котором человек живет. Он выдвинул *модель психической патологии как особой формы нарушений коммуникации между людьми*.

К основным, сложившимся впоследствии, школам системно ориентированной семейной психотерапии относятся: *модель встречи* В. Сатир и К. Витакера, *структурная психотерапия* С. Минухина, *системная семейная психотерапия* М. Боуэна, *стратегическая психотерапия* (Дж. Хейли, П. Вацлавик, М. Палаццоли и др.), *когнитивно-ориентированная семейная психотерапия* (А. Эллис, Н. Эпштайн, Ф. Даттилио и др.).

Остановимся подробнее на истории возникновения и развития этой традиции. Как уже неоднократно отмечалось, механистиче-

ский детерминизм мало подходит для рассмотрения живых систем, между тем он длительное время доминировал при рассмотрении индивидуальной психики. Л. Берталанфи выступал против механистического взгляда на живые системы, подчеркивая, что они спонтанны, креативны и способны менять самих себя, так как в них заложена потребность в изменениях. Применительно к семье системный подход выражается в следующем положении: *семья это больше, чем группа людей, и поэтому переживания, поведение, особенности психики отдельного человека во многом определяются семейным контекстом, в который он включен; семья как система способна к развитию и саморегуляции.*

С позиций этого подхода любой симптом имеет приспособительное значение и должен быть рассмотрен с точки зрения его роли в системе. Эта идея нашла широкое применение в семейной психотерапии. Она помогала понять, почему выздоровление мужа в процессе индивидуальной психотерапии может вызвать депрессию жены, почему разрушение симбиотической связи с ребенком и улучшение его функционирования может ухудшить состояние матери и т.д.

Основываясь на системных идеях, в 1940-х гг. К. Левин развил *теорию групповой динамики*, в том числе положение о том, что группа как целое никогда не равна сумме ее частей или ее членов. Это положение стало центральным для его исследований групповой динамики, получивших мировое признание. Следующее открытие К. Левина — фасилитируюшая роль групповых дискуссий как более успешного способа изменения мыслей и поведения, чем лекции или индивидуальное консультирование. Он пришел к выводу, что любые изменения в группе возможны лишь при условии нарушения гомеостаза, или «размораживания», — «расшатывания» каких-то привычных установок, идей и верований. Это и есть необходимая почва подготовки изменений.

Другая ключевая фигура в исследованиях малых групп — это В. Бион. В процессе работы с группами он заметил, что большинство из них не справляются со своими первоначальными задачами, так как либо слишком боятся конфликтов и избегают обсуждать и решать проблемы, либо готовы бесконечно сражаться, лишь бы не идти на компромисс. Эта динамика оказалась характерной и для многих дисфункциональных семей.

Теория ролей Я. Морено также оказала влияние как на групповую, так и на семейную психотерапию. Каждый человек имеет большое число ролей, которые должен учитывать терапевт. Роли нередко превращаются в привычный стереотип, что ведет к срастанию с ними и утрате гибкости поведения. В. Сатир описала семейные роли в своей книге «Как строить себя и свою семью» (1992) — «послушный ребенок», «консультант и советчик», «успешный». Опасность в том, что, однажды заучив роль, трудно

отказаться от ее проигрывания. Роль послушного ребенка может оказаться очень непродуктивной в карьере, где необходимо вести себя более уверенно и независимо. Роль заботливой во все вникающей мамы может также переноситься на взаимодействие с коллегами и знакомыми и вести к хроническому эмоциональному перенапряжению.

Во взаимоотношениях между людьми работает механизм комплиментарности ролей: если один слишком активен, он вынуждает другого к пассивности. Женщина, которая очень хочет большой близости, чаще звонит своему партнеру. Если он звонит ей раз в неделю, то она звонит ему два. Если же она начнет звонить три раза, то ему вообще не остается места для звонков и он, таким образом, принимает роль дистанцирующегося, а она атакующего.

Движение групп встреч, имевшее важное значение для лечения психических расстройств и для социальных изменений, было прямым результатом исследований по групповой динамике. Группы общения были инициированы К. Левиным вместе с его коллегами. Стало очевидным, что именно в группе создаются наиболее благоприятные условия для личностного роста. Эта идея и движение групп встреч в целом дали мощный толчок развитию семейной психотерапии. Согласно психоаналитической точке зрения, малая группа аналогична семье, где ведущий (терапевт) олицетворяет родительскую фигуру, а все участники — детей. Таким образом, именно групповой анализ стал прообразом семейной психотерапии, так как в его основе лежала *модель лечения пациентов в группе, являющейся подобием семьи.*

В британском варианте группового динамического подхода фокус с отдельных людей перемещается на группу в целом, как имеющую свои собственные правила и законы. Интеракции здесь служат для вскрытия групповых тем и общих динамических проблем для всей группы. В этом подходе групповой процесс рассматривается как фундаментальная характеристика социальной интеграции и главный источник изменений.

Другой моделью, имевшей явные корни в аналитической групповой психотерапии стали группы опыта или экзистенциальные группы, инициированные экзистенциальными психотерапевтами Л. Бинсвангером и М. Боссом в Европе, К. Роджерсом и К. Витакером в США. Все они подчеркивали важность глубокого человеческого контакта как условия изменений.

Еще один важный источник появления семейной психотерапии — *цикл исследований семей больных шизофренией*. Эти семьи привлекли исследователей особенно яркой патологией межличностных отношений в семье. Первыми исследователями этих семей стали представители американской интерперсональной школы психоанализа Г. Салливен, Ф. Фромм-Райхманн, Т. Лидз.

Ими была создана первая интерперсональная теория происхождения шизофрении, которая в настоящее время имеет скорее историческое значение, так как новейшие исследования шизофрении показывают ее сложную биопсихосоциальную природу. Вместе с тем именно эти авторы привлекли внимание исследователей к семейным аспектам шизофрении. Источник патологии они видели в амбивалентном отношении матери, не дающей чувства безопасности, а также в силу ряда ее собственных проблем, не позволяющим развиться автономии ребенка, его независимому «Я». Вместе с их исследованиями в семейную психотерапию прочно вошло понятие «патологический симбиоз».

Неудовлетворенность многих специалистов практикой индивидуальной психотерапии, наблюдение за негативными побочными эффектами психотерапии, игнорирующей ближайшее окружение, первые исследования влияния семьи на психическое здоровье ее членов побуждали их искать новые моделирующие представления. Естественно, что в этом поиске влияние оказывали уже устоявшиеся в психологии представления и новые методологические идеи, исходящие из общей теории систем, а также первый опыт их применения в психологии (теория и практика групповой работы).

Таким образом, идеи системного подхода соединялись с уже существующими психологическими моделями, и прежде всего с разработанными в основных традициях зарубежной клинической психологии — психодинамической, когнитивной-бихевиоральной и экзистенциально-гуманистической. Как будет видно в дальнейшем, разные варианты влияний и соединений определили разнообразие подходов в рамках семейной психотерапии.

Психолог Дж. Белл начал свою работу в 1950-е гг., позаимствовав главную идею в работе с семьей из групповой психотерапии. Эта идея о важности открытого выражения чувств в семье до сих пор остается одной из стержневых и вошла в золотой фонд семейной психотерапии. Хотя Дж. Белл не создал своей школы и центра, однако, будучи профессором университета, он во многом способствовал распространению идей семейной психотерапии в сознании следующего поколения профессионалов.

Эту же идею о важности чувств и их открытого выражения в семье разрабатывали также и пионеры семейной психотерапии — В. Сатир[1] и К. Витакер. В центре их внимания оказалась *эмоциональная коммуникация*. В. Сатир увидела свое призвание в популяризации психологических знаний о семье и практической

[1] В. Сатир была одной из участниц группы Пало-Альто, которая сконцентрировалась преимущественно на теории коммуникативных процессов в семье. Видимо, эта работа оказала на нее большое влияние, но она покинула эту группу по ряду соображений.

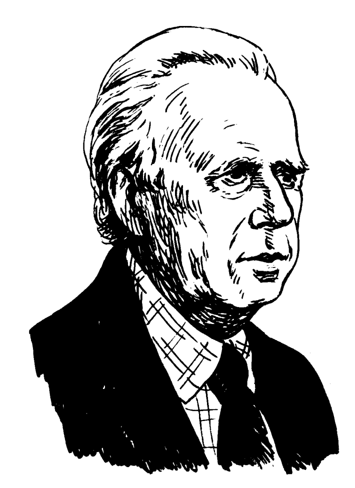
работе с семьями, в первые годы перестройки она посетила Россию с этой целью.

К. Витакер одним из первых уже в 1940-е гг. начал работать с семьей. А также был первым, кто начал работать вместе с котерапевтом. Вместе с тем, он не приобрел широкой известности как участники группы Пало-Альто, что было связано с принципиальной атеоретичностью его позиции. Он считал, что люди разучились понимать и выражать свои чувства и пребывают в замороженном состоянии. Принцип размораживания, нарушения привычного стереотипа при работе с семьей также стал одним из общих принципов семейной терапии. К. Витакер посетил Россию в годы перестройки, книга о его взглядах на работу с семьей переведена на русский язык (Витакер К. — 1997).

Группа из Пало-Альто предприняла попытку соединить теорию систем и антропологию в применении к исследованию семьи. Они первые поставили задачу изменения семьи, а не изоляции больного от ее влияния, а также выдвинули идею семейного гомеостаза, т. е. рассматривали семью как сопротивляющуюся изменениям и стремящуюся к стабильности систему. Болезнь, или дезадаптивные симптомы одного из членов, стали рассматриваться как дисфункциональный способ стабилизации системы. Эта концепция надолго стала определяющей в подходе к семье среди специалистов.

В центре интересов этой группы оказались *коммуникативные процессы*. В разработанной ею модели психической патологии можно выделить следующие механизмы: 1) *двойной связи* — особого типа коммуникации, при которой один из собеседников, занимающий более властную позицию, адресует другому два противоречащих друг другу сообщения с неявным запретом на обсуждение этого противоречия; 2) *комплементарности* (взаимодополнительности) семейных ролей (на всякую жертву есть палач, на чрезмерно ответственного — безответственный и т. д.); 3) *триангуляции* (использование одного из членов семьи как средства решения конфликта между двумя другими).

В качестве важнейшего механизма нормального развития семейной системы выделяются *механизмы метакоммуникации* (открытого обсуждения проблем) и наличие *проговоренных правил взаимодействия* как основы необходимых изменений. Последняя идея особенно активно разрабатывалась Д. Джексоном. Он считал, что пока в семье нет проговоренных правил, очень трудно что-то менять (по аналогии с возможностями изменения любой другой системы). Д. Джексон выделил три системы правил, или норм: 1) скрытые; 2) признанные и открыто декларируемые; 3) метаправила (правила о том, как использовать старые и вводить новые правила). Д. Джексон связал многие семейные дисфункции с недостатком развития третьего уровня — правил о правилах, что


Мюррей Боуэн
(1913—1990)

и снижает способность семьи к изменениям.

Мюррей Боуэн, так же как и группа из Пало-Альто, оказал существенное влияние на развитие теоретических идей, лежащих в основе семейной психотерапии (Боуэн М. — 2005). В 1940—1950-х гг. он изучал матерей и их детей, больных шизофренией, сосредоточив свои исследования вокруг симбиоза матери и ребенка. Эти исследования вылились в *концепцию дифференциации «Я»*, также вошедшую в золотой фонд разработок в области семейной психотерапии. Дифференциация «Я» подразумевает как наличие автономии от других людей, так и дифференциацию внутреннего опыта (мыслей, чувств), что означает возможность его осознания и вербализации. Работая с дисфункциональными семьями, для которых типична психическая патология, М. Боуэн высказал идею низкой дифференциации этих семей — существования «недифференцированной семейной эго-массы» со слабыми межпоколенными границами и низкой автономией членов семьи. ***Недостаточная дифференцированность внешнего мира ведет к такой же внутренней недифференцированности, как основе личностной патологии.***

М. Боуэн одним из первых перешел от анализа диадических отношений «мать—ребенок» к отношениям в триадах, включив в них фигуру отца. Итогом этого была концепция триангуляции — вовлечение в конфликт между двумя третьего как средства решения конфликта. Он также сформулировал закон триангуляции: если отношения не решаются в диаде, то триангуляция все более и более увеличивается. В конце концов, один из членов семьи превращается в «козла отпущения», на которого проецируются все семейные проблемы, не решающиеся непосредственно в диадах.

М. Боуэн также первым стал целенаправленно исследовать семейную историю и семейные сценарии на протяжении нескольких поколений. Он сформулировал *закон трансмиссии*, согласно которому патологические паттерны отношений (триангуляции, симбиозы и др.) накапливаются в поколениях и, в конце концов, могут приводить к серьезной патологии у потомков. Он также установил, что психотерапевты сами очень часто дают вовлечь себя в триангуляцию, тем самым закрывая себе возможность оказания эффективной помощи семье. Он подчеркивал важность сохранения нейтралитета при работе с семьей.

Н. Акерман, психиатр и психоаналитик, хотя и не оказал заметного влияния на развитие теории семейной психотерапии, организовал в Нью-Йорке центр, из которого вышли позднее многие известные психотерапевты: С. Минухин, П. Папп и другие.

Сальвадор Минухин начал свою карьеру в качестве семейного психотерапевта в 1960 гг. и оказал очень большое влияние на развитие теории и практики семейной психотерапии. В своей работе он сосредоточился преимущественно *на структурных характеристиках семейной системы*. Работая с делинквентными подростками, он вскрыл два основных дисфункциональных паттерна, характерных для их семей: 1) перемешанность — понятие, близкое к симбиозу или низкой дифференцированности; 2) разобщенность — понятие, полярно противоположное симбиозу, когда психологическая дистанция между членами семьи, наоборот, слишком велика. В 1965 г. С. Минухин возглавил Детскую клинику в Филадельфии и привлек к работе в ней Дж. Хейли. Совместно ими были разработаны две основные стратегии работы с семьей, вошедшие в золотой фонд семейной психотерапии и способствовавшие созданию многих техник на их основе:

1) стратегия следования за семьей с целью снижения сопротивления изменениям (никто не примет совета от человека, который недостаточно хорошо вник в ситуацию и понимает людей, вовлеченных в нее);

2) стратегия реконструирования семейной структуры, или реструктурирования семьи.

Первая стратегия породила многочисленные техники следования за семьей и снижение ее сопротивления, вторая — различные техники семейной реконструкции.

В 1970-е гг. С. Минухин стал заниматься семьями с соматической патологией и семьями больных нервной анорексией. Его книга «Семья и семейная психотерапия» (1974) — наиболее популярное издание за всю историю семейной психотерапии.

1970-е гг. знаменуют новую эру в развитии семейной психотерапии, когда начинают создаваться семейные консультации, где психотерапевты, собственно говоря уже семейные психотерапевты, пытаются работать со всей семьей в целом.

Доминирующей концепцией этого периода становится структурная психотерапия С. Минухина (Минухин С., **Фишман Ч.** — 1998). Данная психотерапия предлагала простой, но вполне осмысленный путь к описанию семейной организации и построению последовательных шагов в лечении. Явная механистичность этого подхода, попытка прямо вывести все проблемы из структурных характеристик, бихевиоральные методы воздействия роднят этот подход с бихевиоризмом, который в 1960—1970-е гг. еще пользовался значительным влиянием.

Хотя 1970-е, а отчасти и 1980-е гг. прошли под знаком структурной психотерапии, по своей простоте и механистичности тяготеющей к бихевиоризму, глубинно ориентированная семейная психотерапия продолжала развиваться прежде всего в рамках концепции М. Боуэна. Будучи психоаналитиком по образованию, он начал исследовать эволюцию семейной системы, предложив *метод генограмм* — особую систему графической фиксации семейной истории в трех поколениях. В этом, несомненно, проявилось влияние психоанализа с его принципом исторического подхода.

1970-е гг. — это бум гуманистической психологии и психотерапии, который не мог не отразиться на тенденциях в семейной психотерапии. Экзистенциально-гуманистические идеи К. Витакера и В. Сатир привели к созданию *модели встречи*, согласно которой семейная психотерапия должна помочь встретиться людям, которые, живя вместе, не имеют эмоционального контакта и в этом смысле не видят и не понимают друг друга.

В 1980-е гг. в центр выходит стратегическая психотерапия, а структурная была подвергнута критике за механистичность и упрощенность подхода. Как отмечают авторы известной монографии о разных школах системной семейной психотерапии (Николс М., Шварц Р. — 2004), огромное влияние на становление стратегической семейной психотерапии оказали идеи создателя метода недирективного гипноза М. Эриксона, к которому съезжались для обучения психотерапевты из разных стран. В стратегической психотерапии учитывались как структура, так и коммуникативные процессы семейной системы. Для ее представителей, однако, были характерны специфические методы работы. При внешне меньшей директивности эти методы отличала значительная манипулятивность: человеку не обязательно знать стратегическую цель психотерапевта, психотерапевт — это «мудрец», который все знает.

Важным моментом стратегического подхода был прагматизм — работа велась в основном непосредственно с симптомом, с которым обратилась семья на базе рефрейминга (перестройки реакции). М. Эриксон предложил большое количество техник ослабления сопротивления, которые были развиты и усовершенствованы его последователями, представителями стратегической семейной психотерапии: Дж. Хейли — создателем директивной психотерапии, в основе которой принцип непосредственной направленности на симптом или на решение проблем; М. Палаццоли — автором терапии парадоксов, в основе которой принцип стимулирования нового поведения вместо изменения старого; П. Вацлавиком — автором так называемой минималистской психотерапии, основным принципом которой является движение маленькими шагами, или минимальными изменениями.

Отметим, что «стратеги» вошли в фундаментальное противоречие с Г. Бейтсоном — одним из родоначальников и главных

методологов семейной психотерапии. Он обвинял их в манипулятивности, считая, что терапевт должен помогать семье, давая ей информацию о семейном контексте, стимулируя к осмыслению этого контекста и его сознательному и целенаправленному изменению. Хотя представители структурной и стратегической психотерапии не упоминали теории научения, практически они работали с дисфункциональными привычными стереотипами поведения (условными связями), используя различные средства для их ослабления. Это позволяет утверждать, что с бихевиоризмом у них, хотя и непрямые, но родственные связи.

Начиная со второй половины 1990-х гг. усиливается влияние когнитивной психологии и когнитивной психотерапии.

Когнитивная психотерапия, успешно развивающаяся на основе моделирующих представлений конструктивизма, начиная с 1960-х гг., завоевала к 1990-м гг. очень большой авторитет в консультативной и клинической практике. Таким образом, влияние этих моделирующих представлений не могло не сказаться на развитии семейной психотерапии. П. Вацлавик начал работать в рамках этой парадигмы, целенаправленно меняя взгляды участников взаимодействия, так как был уверен, что взаимодействие зависит от того, как люди воспринимают события.

Работы А. Эллиса и А. Бека подтолкнули многих семейных психотерапевтов к интеграции идей когнитивной психотерапии с системной семейной психотерапией (Dattilio F. (Ed.) — 1998). Основатель когнитивно-бихевиорального подхода к семье А. Эллис заметил, что супружеские дисфункции возникают, когда партнеры придерживаются нереалистичных представлений относительно их взаимоотношений и склонны к преувеличенным негативным оценкам действий другого. Он постулировал, что конфликты и семейный дистресс часто связаны не с какими-то трагическими, тяжелыми событиями или действиями партнера, а с оценкой этих событий и действий на основе дисфункциональных убеждений типа: «Женщины склонны контролировать жизнь мужчин», «Партнер должен решать все мои проблемы и проблемы наших детей, как только они возникают, если он действительно хороший муж», «Мужчин необходимо контролировать и держать в узде, иначе они обманут или возьмут над тобой вверх и будут унижать», «Любящий партнер все понимает с полуслова», «Мужчина должен устроить и организовать мою жизнь» и т.д. Работа с такими убеждениями на основе понятий и техник, разработанных в когнитивной психотерапии, позволяет оптимизировать взаимодействие в семье.

В когнитивно ориентированном направлении на первый план выходит *работа* с *убеждениями участников семейной системы* с целью коррекции различных искажений мышления, а также с целью их большей согласованности друг с другом.

Таблица 3

Школы семейной психотерапии

Системный подход			
Идеи психоанализа	Идеи бихевиоризма	Идеи когнитивной психотерапии	Идеи экзистенциально-гуманистической психотерапии
Н. Акерман (психодинамический подход к семье); *М. Боуэн* (системная семейная психотерапия); *И. Босормен-Наги* (контекстуальная психотерапия); *Д. Шарф* (семейная психотерапия, основанная на теории объектных отношений)	*С. Минухин* (структурная семейная психотерапия); *Дж. Хейли* (директивная психотерапия, направленная на решение проблем); *М. Палаццоли* (миланская школа парадоксов и контрпарадоксов)	*А. Эллис* (супружеская рационально-эмотивная психотерапия); *Н. Эпштайн*, *Ф. Даттилио* (когнитивно-бихевиоральная семейная психотерапия;) *М. Вайт*, *Д. Эпстон* (нарративная психотерапия)	*К. Витакер*, *В. Сатир* (модель встречи)

В качестве общей тенденции развития семейной психотерапии следует отметить, что семья все больше начинает рассматриваться, как потенциальный партнер психотерапевта, способный к сознательным изменениям и стремящийся к ним. Информирование семьи, разработка совместных целей и задач, целенаправленное изменение убеждений и способов взаимодействия — становятся принципами работы.

Подытожим анализ разных этапов и школ схемой, отражающей связь различных направлений системной семейной психотерапии с их основными источниками влияния. Когнитивную психотерапию мы рассматриваем отдельно от бихевиоральной в силу существенного различия в принципах и методах работы: если первая целиком игнорирует сознание, то вторая отводит ему центральную роль. На основании близости к тому или иному основному направлению психотерапии в табл. 3 включены также некоторые известные подходы, которые специально не рассматривались в кратком историческом анализе.

Из табл. 3 видно, что системный подход в соединении с идеями различных направлений современной психотерапии, способствовал возникновению многообразных школ в работе с семьей. Данная таблица дает самую приблизительную ориентировку в этих школах.

За школами семейной психотерапии лежат разные идеи и принципы, развитые разными авторами, а за ними, соответственно, разные психологические традиции. Эти идеи в виде емких и кратких лозунгов удачно сформулированы американскими исследователями М. Николсом и Р. Шварцем (2004).

1. С. Минухин: «Поменяйте структуру — измените поведение».
2. М. Эриксон: «Меняйте поведение, но так, чтобы клиент не догадался, что вы его меняете».
3. К. Витакер: «Будьте сами примером искренности и честности и стимулируйте к открытому выражению мыслей и чувств семью, тогда поведение начнет меняться».
4. Конструктивисты: «Меняйте мышление, измените поведение».
5. Г. Бейтсон: «Помогите понять свой семейный контекст, помогите эволюционировать».
6. М. Боуэн: «Реконструируйте семейную историю, помогите сепарации, способствуйте дифференциации и измените поведение».

Этот список можно было бы продолжить. Например, очень важным представляется лозунг Д. Джексона: «Работайте с правилами, способствуйте созданию правил третьего уровня, стимулируйте метакоммуникацию и система начнет развиваться».

Представители структурной и стратегической психотерапии имеют дело с поведением и с актуальной ситуацией, они мало апеллируют к сознанию и сознательной перестройке. Они опираются на бихевиоральные принципы модификации поведения через разрушение привычных условных связей — стереотипов поведения членов семьи. У К. Витакера и В. Сатир как носителей влияния гуманистической психотерапии в центр перемещаются ценности семьи и эмоциональное взаимодействие между ее членами. Конструктивисты сосредоточиваются на когнитивных процессах, системе убеждений, правил и норм, соответственно, мы видим отчетливое влияние когнитивного подхода. Наконец, Г. Бейтсон и М. Боуэн акцентируют многопоколенную семейную историю как важнейший аспект анализа семейной системы. Для них характерен интерес к прошлому, к истории, столь свойственный аналитическому подходу.

* * *

Таким образом, моделирующие представления о семье как системе конкретизируются у разных авторов в преимущественном акценте на тех или иных аспектах системы. В 1990-е гг. появляются отече-

ственные монографии, в которых представлены разнообразные школы семейной психотерапии (Варга А. Я. — 2001; Черников А. В. — 1997; Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. — 2000). Разнообразие моделирующих представлений можно интегрировать и целостно представить в единой четырехаспектной модели семейной системы (Холмогорова А. Б. — 1999, 2007), включающей *структуру* (связь и иерархия между членами семьи, границы между подсистемами и внешним миром), *микродинамику* (процессы повседневного взаимодействия между членами семьи, прежде всего коммуникативные), *макродинамику* (семейная история или эволюция), *идеологию* (семейные правила, нормы, ценности, убеждения). На основе этой модели ниже в комплексе будут рассмотрены все моделирующие представления о семье и задан основной понятийный аппарат рассматриваемой традиции.

7.2.2. Моделирующие представления о здоровой и дисфункциональной семье

В рамках семейной психотерапии проблема нормы и патологии рассматривается не как проблема отдельного индивида, а как проблема всего семейного контекста или семейной системы. Из нее выводится патология членов семьи, а в качестве условия выздоровления рассматривается изменение всей системы — перестройка и освобождение семьи от разного рода дисфункций.

Поскольку психическое здоровье человека рассматривается представителями данного направления как функция семейной системы, мы проанализируем их моделирующие представления о здоровой и дисфункциональной семье.

В исторической части мы постарались показать, как в разные моменты истории семейной психотерапии у разных авторов на первый план в моделирующих представлениях о семейной патологии выдвигался то аспект микродинамики (группа из Пало-Альто, В. Сатир, К. Витакер), то аспект структуры (С. Минухин), то аспект макродинамики (М. Боуэн, Г. Бейтсон), то аспект идеологии (К. Витакер и представители конструктивизма). Рассмотрим теперь конкретные характеристики каждого из этих аспектов, задающие основу для построения моделирующих представлений о семейных дисфункциях как основных механизмах психической патологии отдельного человека.

Структура семьи. В семье всегда существует бóльшая или меньшая близость между членами семьи, а также определенное распределение власти и влияния, которые характеризуют структуру семьи. В анализируемой традиции важнейшими понятиями, служащими для описания семейной структуры, являются понятия *связи* и *иерархии*.

Связь можно определить как психологическое расстояние между членами семьи. В качестве двух основных дисфункций

связи исследователи выделяли: а) *симбиоз или сверхвключенность* (слишком близкая связь, мешающая автономному развитию и функционированию членов семьи); б) *разобщенность* (отсутствие эмоционального контакта и доверия).

Браки часто совершаются по принципу комплементарности. Партнеру, выросшему в симбиотической семье, не хватает свободы, а партнеру из разобщенной семьи — близости. Встретившись, партнеры со временем начинают отторгать то, что изначально привлекало их друг к другу, так как привычные стереотипы родительской семьи имеют очень большую власть. Принято говорить о степени *дифференцированности* семьи, т. е. *автономности* каждого из ее членов.

Иерархия характеризует отношения доминантности — подчинения в семье. Ими особенно много занимался Дж. Хейли, считая, что основу семьи составляет эффективное распределение власти. М. Боуэн в свое время показал, что в дисфункциональных семьях власть часто узурпируется одним из родителей при слабой фигуре другого родителя и наличии зависимого от сильного родителя ребенка. Иерархия может быть *низкой*, *умеренной* и *высокой*. Наиболее оптимально, когда иерархия и близость умеренны и сбалансированны.

Другой важной переменной, характеризующей структуру семейной системы, является понятие *подсистемы* — более мелких систем внутри целостной семейной системы. Можно выделить следующие типы подсистем: *родительская*, *детская и прародительская*. Для российской культуры характерно совместное проживание двух-трех поколений, что делает понятие подсистем особенно важным. Степень автономности каждой подсистемы определяет *внутренние границы* всей системы.

Подсистемы характеризуются более или менее четкими *внутренними границами* или большей или меньшей степенью дифференцированности. Недостаточно четкие внутренние границы тормозят развитие семьи и взросление ее членов. *Коалиции*, или объединения, между членами разных подсистем (например, мать с ребенком против отца) ведут к нарушению внутренних границ и особенно характерны для дисфункциональных семей.

Мать, которой не удается наладить отношения с мужем и получать от него достаточно тепла, излишне приближает к себе ребенка, мешая его взрослению и автономии. В такой дисфункциональной семье может происходить *инверсия иерархии* — ребенок приобретает слишком много власти, больше, чем у одного из родителей. Она нередко возникает в результате воспитания по типу кумира семьи, такой ребенок не получает адекватной обратной связи от семейной системы, у него не вырабатывается адекватного представления о себе, что часто ведет к серьезным личностным проблемам.

Наконец, семейная структура характеризуется *внешними границами* — степенью открытости семейной системы для контактов с внешним миром. Слишком открытые семейные системы похожи на проходной двор, куда в любую минуту могут вторгнуться извне. Она не дает членам семьи чувства комфорта и безопасности. Но не менее опасной является чрезмерная закрытость системы. Закрытость, как правило, ведет к страху перед внешним миром, отсутствию навыков общения с другими людьми, повышенной тревожности.

Таким образом, структуру семейной системы в рамках системно ориентированной семейной психотерапии можно представить как квазипространственный срез семейной системы, фиксирующий расположение членов по отношению к друг другу по горизонтали (близость, коалиции, внутренние границы) и по вертикали (иерархия, инверсия иерархии), а также по отношению к внешнему миру (внешние границы). Отсутствие сбалансированности — чрезмерно тесные или отдаленные связи, чрезмерно высокая или низкая иерархия, чрезмерно открытые или закрытые границы — рассматриваются как семейные дисфункции. Моделирующее представление о семейной патологии как дисфункциях структуры особенно активно разрабатывалось в структурной психотерапии С. Минухина.

Микродинамика. С точки зрения системного подхода любое действие человека коммуникативно и несет ту или иную информацию для других членов семейной системы. Эта информация может циркулировать открыто и обсуждаться членами семьи, а может носить скрытый характер. В процессе коммуникации складываются устойчивые паттерны взаимодействия и типичные роли каждого из членов. Эти паттерны и эти роли могут быть достаточно гибкими и способствовать обогащению опыта и развитию каждого из членов, но если роли «прирастают», не соответствуют опыту и возможностям, а паттерны взаимодействия ригидны и не учитывают меняющихся обстоятельств, то такая семейная дисфункция ведет к нарушениям у членов семьи. Рассмотрим наиболее важные характеристики процесса функционирования семейной системы.

Семейные роли — устойчивые функции в работе системы, закрепленные за каждым из ее членов. Роли могут быть дисфункциональными — роль жертвы, тирана и т.д. Серьезную опасность представляет собой делегирование роли взрослого ребенку, т.е. смешение ролей, что очень типично для семей с проблемой алкоголизации. Мама спасает папу и страдает, а ребенок ставится перед необходимостью быть маминой «опорой» — поддерживать ее, не огорчать проблемами, скрывая свои детские трудности и слезы. Нередко при этом ребенок используется (триангулируется) матерью для решения проблем между супругами: выдвигается как

щит во время пьяных скандалов в надежде, что отец пожалеет его, делегируется для переговоров с отцом на следующее утро, чтобы вразумить и разжалобить его, и т.д.

Паттерны взаимодействия — вытекающие из ролей устойчивые коммуникативные стереотипы: ссоры, конфликты, обиды, высмеивание, унижение и т.д. В семьях, где много непонятного раздражения и обид, часто встречаются *парадоксальные коммуникации*, например, паттерн обесценивания, когда во внешне корректной форме один дает понять другому, что он ничтожество и его мнения и действия не имеют никакой ценности. *Триангуляция* — использование третьего для попыток решения конфликта между двумя другими членами. Так, плохое поведение ребенка может временно сплачивать разобщенных родителей, удерживая их от развода, что ведет к косвенному подкреплению такого поведения.

Циркулирование информации в семейной системе может быть эффективным — ясным, открытым и полным, или же дисфункциональным — противоречивым и фрагментарным, например содержащим взаимоисключающие послания по типу *двойной связи*, или же неполным — наличие «*семейных секретов*». Типичным примером такого «секрета» является сокрытие информации от тяжело больного члена семьи, когда вся семья вовлекается в фальшивые тягостные коммуникации, которые еще больше увеличивают тревогу и депрессию как у самого больного, так и у других членов семьи. Или другой пример — женщина, у которой удалили молочную железу, постоянно страдает от тяжелых предчувствий возможного продолжения болезни. Муж видит, как она страдает, но, по молчаливому согласию, они не говорят о неприятном, у обоих растет чувство изоляции, одиночества, безысходности. В результате оба оказываются на грани тяжелой депрессии.

Стиль эмоциональной коммуникации характеризуется соотношениями положительных и отрицательных эмоций, критики и похвалы в адрес друг друга, возможен также запрет на открытое выражение чувств. В исследованиях показана его важная роль в психическом здоровье и течении заболеваний. Так, надежным предиктором неблагоприятного течения депрессии у женщины служит ее утвердительный ответ на вопрос: «Часто ли вас критикует ваш муж?»

Метакоммуникация — процессы совместного обсуждения и осмысления того, что происходит между членами семьи. Особенно важная характеристика микродинамики как для развития системы, так и для развития ее членов. Нередко дисфункциональные семьи, приходящие на психотерапию, впервые собираются вместе для того, чтобы обсудить проблему. Они с удивлением слушают друг друга и узнают много интересного о мыслях и чувствах своих родственников, хотя много лет живут с ними под одной кры-

шей. Только после того, как каждый высказывает свой взгляд на проблему, становится возможным диалог — метакоммуникация, направленная на обсуждение того, что происходит с членами семьи, на поиск точек соприкосновения. Когда двое молодых супругов, пришедших из разного семейного контекста, начинают жить вместе, нередко крушение происходит из-за отсутствия метакоммуникации вследствие распространенного мифа: «Если любит, должен догадаться, понять без слов» или представления: «Главное, что мы любим друг друга, а все остальное сложится само собой».

Таким образом, микродинамика или функционирование семьи предстает как непрерывный процесс обмена информацией, который характеризуется степенью открытости, доступности для совместного анализа, определенным эмоциональным фоном и типичными позициями (ролями) и действиями членов семьи по отношению друг к другу (паттернами взаимодействия). Высокий уровень отрицательных эмоций, запрет на открытое выражение чувств и свободный обмен информацией, а также отсутствие сознательного управления процессом через метакоммуникацию являются проявлениями патологии семейной системы.

Макродинамика. Изучение семейной истории, или эволюции семейной системы, было начато М. Боуэном, которому удалось показать, что в семейной истории может происходить накопление дисфункциональных паттернов — их усиление из поколения в поколение, что, в конце концов, приводит к патологии ее членов. Эти наблюдения были развиты и зафиксированы в его концепции трансмиссии. Так, миф об исключительности и избранности семьи может играть роль компенсаторной стратегии в первом поколении, когда желание возвыситься является реакцией на прошлые проблемы и актуализирует мощную, но реалистичную мотивацию достижения. Однако в следующих поколениях этот миф, все больше превращаясь в оторванную от реальности базовую семейную ценность («Мы должны быть лучшими всегда и везде»), может приводить к тяжелым нарциссическим расстройствам и непродуктивности.

От идеи трансмиссии берет свое начало понятие *семейного сценария* — устойчивых паттернов микродинамики и структурной организации, повторяющихся из поколения в поколение. Один из типичных сценариев российской семьи — пьющие мужья и «спасающие» их жены.

Каждая семья проходит через определенные *циклы развития* — этапы развития, ставящие новые задачи перед семейной системой. Понятие цикла является одним из самых важных для характеристики макродинамики и для адекватной постановки задач работы с семьей. Так, на этапе вырастания детей — цикл «пустого гнезда» — важно помочь семье пройти через сепарацию, детям

обрести большую автономию, а родителям ослабить контроль, позволить детям взять больше ответственности, а самим найти для себя новое содержательное наполнение жизни вместо того, которое было связано с заботой о детях, теперь уже выросших. Если по каким-то причинам это не получается, то вся семья оказывается в кризисе. Например, мать начинает жаловаться на здоровье, плохое настроение, у детей тоже могут быть соматические симптомы и симптомы депрессии. Российские семьи испытывают большие трудности на этом этапе из-за традиционной слабости супружеской подсистемы и преобладания семейных систем, центрированных на детях. С вырастанием детей супруги теряют смысл совместного проживания, что может приводить к изменам, разводу, уходу в работу, депрессиям и т.д.

В процессе эволюции семейной системы меняются обстоятельства, количество членов семьи, их возраст. В связи с этим происходят изменения в иерархии (например, взрослые дети получают больше власти, у стареющих родителей становится ее меньше), в распределении ролей. Возможны кризисные ситуации, такие как болезнь, смерть, которые также требует гибкой перестройки всей семейной системы.

Особо следует подчеркнуть негативное влияние *травматического опыта* на психическое здоровье членов семьи. Ранние смерти, тяжелые болезни, несчастные случаи, войны, репрессии, затронувшие семью, могут способствовать росту уровня тревоги у ее членов, выработке неадекватных способов совладания со стрессом — *повышенный контроль*, закрытые границы семьи, симбиотические отношения и т.д. Все это способствует появлению разных форм психической патологии.

Неизбежные трудности, связанные с каждым циклом, вызывают *сопротивление* семейной системы тем изменениям, которые являются необходимыми с точки зрения решения задач нового цикла. Потребность семьи сохранить привычный стиль взаимоотношений (стремление системы к равновесию, гомеостазу) провоцирует сопротивление, которое необходимо преодолеть психотерапевту, чтобы помочь семье. Каждая семья имеет бóльшие или меньшие *ресурсы для изменений*, которые необходимо вскрыть психотерапевту. Ресурсы — это сильные, здоровые стороны семьи, такие как возможность открытого обсуждения проблемы, искреннего выражения чувств и т.д. Главным ресурсом является любовь и искренняя заинтересованность друг в друге.

Таким образом, макродинамика семейной системы — это революционный процесс, сопровождающийся систематической и неизбежной перестройкой ее структуры и микродинамики в связи с меняющимися обстоятельствами, взрослением, старением, уходом и рождением членов семьи. В случае, если ресурсы системы для такой перестройки недостаточны, неизбежно возникают

психологические проблемы или даже расстройства у ее членов. Болезнь, или дезадаптивные симптомы одного из членов, рассматриваются как дисфункциональный способ стабилизации системы. Моделирующее представление о патологии семейной системы как процессе накопления и усиления дисфункций от поколения к поколению было предложено и разрабатывалось М. Боуэном.

Семейная идеология. Семейная идеология — важнейшая основа жизни семьи. Она включает семейные нормы и правила, регламентирующие стиль жизни и отношения между членами. Они могут касаться как режима дня, так и возможности открытого выражения чувств. Отсутствие правил и норм — это хаос, который представляет серьезную опасность для психического здоровья, так как он не дает оформиться внутренним психическим структурам. Хаотичные семьи характерны для многих подростков с делинквентным поведением. Нечеткость правил и норм, их непроговоренность способствуют росту тревоги, могут приводить к конфузии, сбивать с толку, тормозить развитие как всей системы при переходе к новым этапам, так и отдельных ее членов.

Семейные ценности, правила, нормы могут в большей или меньшей степени разделяться разными членами семьи. У каждого из них может быть своя система убеждений, и эти системы могут находиться в большем или меньшем противоречии. Для совместной жизни необходимы общие основания, способность к совместной выработке правил и норм, что является важным ресурсом семейной системы.

Правила — это то, что позволяет членам семьи ориентироваться в реальности, придает устойчивость системе в смысле того, что каждый ее член знает свои права и обязанности. Это также важное условие эффективности функционирования системы. Нередко именно дефицит правил становится главным источником обид и конфликтов. Самый распространенный пример — мать, которая жалуется на то, что дети и муж мало помогают ей и отказываются выполнять ее просьбы. В таких семьях всегда отсутствуют четкие правила, регулирующие обязанности и принятые всеми членами семьи.

Делегирование требований и ожиданий в семье может быть очень разрушительным, если требования, выдвигаемые, например, родителями противоречивы и несогласованны. Это делает невозможным их интеграцию, ведет к внутренним конфликтам и противоречиям в развитии. Делегирование родителями своих неосуществленных планов в виде жизненных целей детям может тормозить их самоактуализацию в виде осознания и исполнения собственных желаний и потребностей, а в конечном счете приводить к депрессивным состояниям.

Мифы — семейные концепции, легенды и верования, касающиеся семейной истории. Например, во многих семьях, где до-

минируют женщины, бытует миф о природной порочности мужчин, о том, что им нельзя доверять. Женщины из этих семей могут испытывать значительные трудности в установлении отношений с противоположным полом.

Семейные ценности — то, что открыто одобряется и культивируется. Ценность успеха и достижений, если она выражена чрезмерна, может вести к перфекционизму у ее членов — очень высоким стандартам жизни и деятельности. Такого рода семейные ценности, если они определяют жизнь семьи, создают высокий риск развития депрессии у ее членов. В этом случае именно ценности становятся важнейшей мишенью в работе с семьей.

Традиции и ритуалы — повторяющиеся узаконенные действия, имеющие символический смысл. Это очень важный фактор стабилизации системы, как бы опорные элементы, укрепляющие ее и редуцирующие тревогу ее членов. Семейным ритуалом может быть совместный завтрак или совместный воскресный обед. Семьи с дефицитом традиций и ритуалов, как правило, разобщены, а члены этих семей страдают от изоляции и тревоги. Терапевту в этих случаях приходится совместно с семьей создавать, простраивать этот важнейший элемент функционирования системы.

Наблюдения психотерапевтов показывают, что смерть одного из членов семьи может приводить к серьезным последствиям для здоровья других членов в тех семьях, где отсутствуют ритуалы совместного горевания, оплакивания, поминания и т.д. Напомним также о важности правила обсуждать и пересматривать правила, если они оказываются неэффективными и не помогают семье решать встающие перед ней проблемы.

Таким образом, семейная идеология предстает как источник управления семейной системой, определяющий ее структуру, динамику и макродинамику. Это управление может быть более или менее эффективным. Так, например, правило, запрещающее метакоммуникацию, является разрушительным для системы и для психического здоровья ее членов. Если убеждения членов семьи слишком различны и им не удается прийти к согласованной системе правил и норм, то семейная система не может эффективно функционировать, постоянно возникающие конфликты могут приводить к болезням у ее членов. Моделирующее представление о патологии семьи как отсутствии согласованной и конструктивной системы правил и убеждений лежит в основе когнитивно ориентированного подхода к семейной патологии.

* * *

Следует помнить, что все четыре рассмотренных аспекта очень тесно переплетены между собой. Например, введению правил может препятствовать отсутствие их в прежних поколениях (макродинамика),

а также отсутствие навыка метакоммуникации в семье (микродинамика). Поэтому моделирующие представления о здоровой и дисфункциональной семье развиваются в направлении синтеза всех выделенных аспектов (см. табл. 4).

7.2.3. Основные теоретико-методологические принципы

Как и в случае психодинамической традиции, основным исследовательским методом в системно ориентированной психотерапии является сам процесс психотерапевтической работы. В этом процессе психотерапевт должен опираться на ряд принципов, наиболее важных для понимания и диагностики семейных дисфункций.

Принцип семейного гомеостаза и «размораживания» семейной системы. Согласно этому принципу, семейная система, как и всякая другая, стремится к сохранению равновесия и сопротивляется изменениям. Это способствует ее целостности, но в определенных ситуациях, когда обстоятельства требуют перестройки, стремление к гомеостазу может приводить к сбоям работы системы. Патологические симптомы в рамках данного принципа рассматриваются как механизмы стабилизации семейного гомеостаза.

Если сама система не находит ресурсов для изменений, то задача психотерапевта помочь ей обнаружить эти ресурсы и устранить те дисфункции, которые блокируют способность системы к перестройке. Дисфункции могут корениться в структуре, микродинамике, макродинамике и идеологии системы, что требует целостной диагностики и выдвижения гипотез об имеющихся дисфункциях. Выдвинутые гипотезы подлежат проверке, а затем могут стать основой для интервенций, направленных на усиление способности семьи к изменениям. «Размораживание» семейной системы является одним из основных принципов системно ориентированной семейной психотерапии.

Принцип работы со всей семьей в целом и отказа от локализации проблем в одном из членов. Это один из основополагающих принципов семейной психотерапии, согласно которому для оказания эффективной помощи семье необходимо включить в психотерапию по возможности всех ее членов. Если кто-то из членов семьи не принимает участие в этой работе, существует большой риск, что от него будет исходить сопротивление изменениям, когда другие члены семьи попытаются менять что-то в своем взаимодействии.

Согласно этому принципу проблема локализуется не в отдельном человеке, даже если семья обращается по поводу его проблем

Таблица 4

Понятийный аппарат системно ориентированной семейной психотерапии (на основе четырехаспектной модели)

Семейная структура	Семейная микродинамика	Семейная макродинамика	Семейная идеология
1. Связь. Типы: сверхвключенность, разобщенность. Дифференцированность. 2. Иерархия. Типы: низкая, высокая, умеренная. Инверсия иерархии. 3. Подсистемы. Типы: родительская, детская, прародительская. 4. Границы. Типы: внутренние, внешние. Коалиции.	1. Семейные роли, смешение ролей, ролевая гибкость. 2. Стереотипы взаимодействия, частота конфликтов, степень контроля, парадоксальные коммуникации. 3. Циркулирование информации в системе. Семейные секреты. 4. Стиль эмоциональной коммуникации в семье, уровень критики, негативных эмоций, выражение чувств 5. Метакоммуникация. 6. Триангуляция	1. Семейная история или эволюция. 2. Семейный сценарий. 3. Цикл развития семьи. 4. Сопротивление изменениям. 5. Ресурсы для изменений. 6. Трансмиссия. 7. Травматические события в семейной истории: ранние смерти, тяжелые болезни, жертвы войн и репрессий	1. Семейные правила, нормы. 2. Требования и ожидания. Типы: согласованные, несогласованные. 3. Семейные мифы, ценности, убеждения. 4. Традиции, ритуалы. 5. Культуральный контекст семейной системы

или болезни, а в дисфункциях всей семейной системы. Важно также и то, что никто из других членов семьи не фиксируется в роли виноватого в проблемах больного, причины усматриваются в нарушениях структуры, микродинамики и макродинамики системы. Это существенно облегчает принятие проблем и уменьшает сопротивление членов семьи.

Принцип нейтральности. Для правильной диагностики дисфункций и эффективных интервенций, психотерапевт должен соблюдать принцип нейтральности. Хотя этот принцип и звучит так же как одно из правил психоанализа, он имеет принципиально иной смысл. При обосновании правила нейтральности в психоанализе, речь идет об опасности влияния на бессознательное

пациента и искажения получаемого для анализа материала. При обосновании принципа нейтральности в семейной психотерапии речь идет об опасности включения в систему, так как согласно этому принципу как только терапевт теряет нейтральную позицию по отношению к какому-то из членов семьи, он тут же оказывается внутри системы — в коалиции или в конфликте с кем-то из ее членов. Последнее делает автоматически невозможной эффективную работу с семьей, так как психотерапевт уже подчиняется закономерностям работы семейной системы, которая нуждается в перестройке.

Принцип циркулярности — рассмотрение каждого члена семьи в его отношениях с другими. Этот принцип выявляет взаимообусловленность поведения всех членов семьи. Согласно этому принципу наиболее ценную информацию мы получаем, когда расспрашиваем семью об отношениях, а не о каждом члене отдельно. При этом важно, как отдельный член видит взаимодействие между собой других. С помощью техники циркулярных вопросов проясняются отношения (одного спрашивают об отношениях двух других), представления каждого о причинах происходящего в семье, о контексте сопутствующих проблемам обстоятельств.

Принцип саморегуляции семейной системы. Этот принцип тесно связан с идеями Г. Бейтсона о том, что все необходимое для изменений есть в самой системе, а терапевту надо лишь помочь членам семьи открыть эти ресурсы. Он был принципиальным противником манипулирования — психотерапевтических интервенций без посвящения семьи в смысл действий терапевта. Он считал, что главная задача психотерапии — помочь семье понять свои дисфункции и тот контекст, в котором эти дисфункции возникли, и при необходимости дать ей средства для изменений. Остальную работу семья должна проделать самостоятельно.

* * *

В табл. 4 представлены основные понятия системно ориентированной семейной психотерапии, систематизированные в соответствии с четырьмя аспектами анализа семейной системы.

7.2.4. Исследовательские правила и процедуры

На этапе становления семейной психотерапии главным источником знаний о семье была *психоаналитическая работа с пациентами, в ходе которой от пациентов поступала информация об их семейных обстоятельствах и отношениях.* Первые психоаналитики, обратившие внимание на важную роль семьи в

психической патологии, — это представители социального психоанализа Г. Салливен и Ф. Фромм-Райхман, посвятившие себя работе с наиболее тяжелым контингентом психически больных, пришли к выводу о важной роли семейных отношений в происхождении шизофрении. Ф. Фромм-Райхман даже ввела в обиход термин «шизофреногенная мать». Однако эта концептуализация не привела к необходимости специального изучения реальных семей, тем более работе с ними, так как это в корне противоречило основным принципам психоанализа.

Но не все психоаналитики, получающие эту информацию, следовали принятым в психодинамической традиции правилам. М. Боуэн, тоже аналитик по базовому образованию, стал вести наблюдение за семьями больных шизофренией, помещая их в клинику вместе с пациентами. Он исследовал особенности их взаимодействия, коммуникаций, поведения в различных ситуациях, а также интервьюировал их и собирал информацию об эволюции семейной системы в трех поколениях с помощью *метода генограмм*, направленного на диагностику аспектов семейной системы, например выявление семейных сценариев, типичных паттернов взаимодействия, переходящих из одного поколения в другое. Эти исследовательские процедуры привели к появлению его концепции трансмиссии, согласно которой накопление дисфункций в виде патологических симбиозов матери и ребенка в третьем поколении может приводить к заболеванию шизофренией. Он также дал ставшие классическими описания нарушений структуры и микродинамики этих семей.

Важные наблюдения были сделаны в 1959 г. в клинике Моудсли, когда одна группа больных шизофренией пациентов возвращалась в семью или к супругу, а другая состояла из пациентов, проживающих отдельно. Эти исследования, проведенные группой под руководством Дж. Брауна, выявили, что значительно больше приступов отмечалось у пациентов, возвращавшихся в свои семьи. У некоторых специалистов возникло впечатление, что контакты с семьей нередко приносят только вред, и поэтому пациента следует оградить от них. Однако очень скоро выяснилось, что изоляция от семьи в клинике ведет к не менее тяжелым последствиям — синдрому госпитализма. Так встала задача дальнейшего изучения семьи и разработки методов помощи ей.

Группа из Пало-Альто во главе с Д. Джексоном и Г. Бейтсоном стала вести детальный анализ коммуникаций в *процессе интервьюирования членов семьи.* Процедура интервью носила неструктурированный характер и позволяла собрать важную информацию о стиле семейных коммуникаций, выявить коммуникативные дисфункции и феномены, получившие широкую известность, — парадоксальные коммуникации, феномен «двойной связи» и др. Для анализа речевой продукции и коммуникативного поведения

члены этой группы привлекли понятийный аппарат кибернетики и так увлеклись этим, что постепенно их работы стали крайне трудными для понимания.

Наконец, ***важной исследовательской процедурой стал сам процесс работы с семьей***, когда появились первые семейные консультации и стали создаваться школы семейной психотерапии. Особой процедурой являлось так называемое *первичное диагностическое интервью*. В качестве основных правил получения информации о семье можно рассматривать сформулированные выше теоретико-методологические принципы этого подхода.

Одним из наиболее важных методов исследования коммуникативных дисфункций стало ***структурированное интервью***. Главная заслуга в этих исследованиях принадлежит представителям Британской школы — психиатрам и клиническим психологам. Их исследования получили подтверждение и широкое признание во всем мире, они существенно перестроили практику работы с больными шизофренией во всех клиниках мира. К. Вон и Дж. Лефф разработали так называемое Кэмбервильское интервью и ввели показатели для оценки выраженности коммуникативных дисфункций в семье. Эти показатели позволяли строить обоснованные прогнозы возможного негативного влияния семьи на течение заболевания и рекомендации по работе с семьей.

Структурированные интервью широко используются для выяснения макродинамики, например стрессогенных событий семейной истории, а также для диагностики структуры. Получили также распространение опросники для оценки коммуникативных и структурных дисфункций (см. Черников А. В. — 1997). Так, Д. Олсоном была предложена *циркулярная модель*, описывающая структурно-динамические параметры семейной системы, на ее основе был создан ряд опросников и клинических шкал. Еще одной исследовательской процедурой являются *рисуночные тесты*, у нас, например, хорошо известен тест Т. Хоментаускаса «Рисунок семьи».

Оригинальной исследовательской процедурой является *тест Т. Геринга FAST*. Эта методика представляет собой «семейные шахматы» — на шахматной доске членами семьи по очереди делаются расстановки фигурок, представляющих каждого члена семьи. Параметры связи и границ оцениваются по тому, насколько близко оказываются при расстановке разные члены семьи. Для оценки параметра иерархии членам семьи предлагается использовать специальные подставки под фигурки. Высота «пьедестала» под каждой фигуркой олицетворяет степень влияния данного члена. Затем проводится интервью и по определенным показателям высчитывается степень близости, тип иерархии и степень сбалансированности семейной системы — интегративный показатель связи и иерархии.

В заключение отметим, что моделирующие представления о психическом здоровье человека как функции его семейной системы нередко ошибочно трактуются некоторыми специалистами и родственниками как обвинения в адрес семьи. Так, в рамках концепции стигматизации (приклеивание негативного ярлыка психически больным или их родственникам) семейные психотерапевты и исследователи прямо обвиняются в несправедливом отношении к семье (Финзен А. — 2001). Биологическая модель кажется многим более приемлемой и гуманной, хотя бы потому, что она снимает проклятый вопрос «Кто виноват?» На наш взгляд, крайне важно действительно снять этот вопрос.

Психотерапевты и исследователи должны быть очень осторожны в формулировках. Семейная система — это больше, чем ее члены. Она несет в себе сложившиеся стереотипы микродинамики, во многом не зависящее от воли членов прошлое каждого из них — макродинамику, а также определенную идеологию и структуру. В этом смысле проблема коренится в системе, которая во многих случаях оказывается дисфункциональной и заставляет страдать всех ее членов.

Однако живая система обладает способностью изменяться, если ее участники увидят в этом смысл и приложат для этого усилия. И в этом им призвана помочь семейная психотерапия. Это область современной неклассической науки, которая активно пытается найти ответ на вопрос «Что делать?» В этом много оптимизма и веры в силы семьи. Семейная психотерапия и семейные исследования призваны помочь семье и отводят ей очень почетную и важную роль в жизни человека. Семья порой может обладать разрушительной силой, но она же может превращаться в важнейший источник исцеления и личностного роста.

* * *

В данной главе нами были рассмотрены две традиции, в которых развиваются представления о психической норме и патологии с позиций системного подхода. В них отражаются усложнение моделирующих представлений о детерминантах психического развития и механизмах психической патологии, с одной стороны, и накопленный в разных традициях опыт, свидетельствующий о важной роли интерперсональных отношений для психического здоровья — с другой.

Контрольные вопросы и задания

1. Какие идеи системного подхода использовал Дж. Боулби при создании своей концепции? Какие идеи этологии? Какие идеи теории объектных отношений?
2. Почему Дж. Боулби выступал против помещения детей-сирот в детские дома?

3. Что такое анаклетическая депрессия? Что такое госпитализм?

4. Что общего в понимании структурных характеристик психики в теории объектных отношений и в теории привязанности? Сравните понятия «объектные репрезентации» и «рабочая модель»?

5. Что такое надежная привязанность? Какие еще виды привязанности были выделены в теории привязанности? Как они связаны с психической патологией?

6. Каковы источники возникновения системной семейной психотерапии? В чем принципиальное отличие трактовки проблемы психической патологии в системной семейной психотерапии от всех остальных рассмотренных подходов к этой проблеме?

7. Какие аспекты анализа семейной системы можно выделить? Какие основные понятия изучаемой традиции связаны этими аспектами?

Рекомендуемая литература

Бурменская Г.В. Проблемы онто- и филогенеза привязанности к матери в теории Джона Боулби // Боулби Дж. Привязанность. Предисловие. — М., 2003. — С. V—XX.

Смирнова Е. О. Теория привязанности: концепция и эксперимент // Вопросы психологии. — 1995. — № 3. — С. 139—150.

Холмогорова А. Б. Научные основания и практические задачи семейной психотерапии // Моск. психотерапевтич. журн. — 2002. — № 1. — С. 93—119.

Холмогорова А. Б. Научные основания и практические задачи семейной психотерапии (продолжение) // Моск. психотерапевтич. журн. — 2002. — № 2. — С. 65—86.

Дополнительная литература

Боулби Дж. Привязанность. — М., 2003. — С. 1—26.

Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. — СПб., 2001.

Воликова С. В., Холмогорова А. Б. Семейные источники негативной когнитивной схемы при эмоциональных расстройствах // Моск. психотерапевтич. журн. — № 4. — 2001. — С. 49—60.

Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи. — Спб., 2000. — С. 327—410.

Заключение

В разделе I мы говорили о необходимости диалога между различными составляющими биопсихосоциальных моделей психической нормы и патологии, представленными общественными, гуманитарными и естественными науками. Диалог необходим и для различных психологических традиций, которые были рассмотрены в разделе II. Этот диалог продолжается уже целое столетие и приводит к некоторым важным итогам, прежде всего взаимному обогащению и отказу от упрощенных и односторонних моделей психической нормы и патологии. То, что первоначально выглядело как непримиримые противоречия, позднее нередко оказывалось акцентированием различных аспектов сложной психической реальности. Здесь уместно вспомнить притчу о споре слепых, ощупывающих слона (каждый свою часть — кто хобот, кто хвост, кто уши) и отстаивающих свою правду о том, на что он похож.

При сохранении специфики рассмотренных выше традиций в настоящее время можно выделить некоторые общие тенденции в динамике представлений о развитии психики, психическом здоровье и механизмах психической патологии. Подведем некоторые итоги диалога, касающиеся моделирующих представлений, теоретико-методологических принципов и исследовательских правил и процедур.

Моделирующие представления о детерминантах развития психики. В понимании детерминант развития психики все большее внимание уделяется *качеству интерперсональных отношений*. Согласно К. Роджерсу, отношения с близкими взрослыми определяют развитие «Я-концепции», а в конечном счете, и весь процесс развития как постоянную интеграцию нового опыта. Много общего с его представлениями о конкретных характеристиках отношений в детстве, важных для психического здоровья, у представителей теории объектных отношений и психологии «Я» Х. Кохута. Основной акцент делается на качестве эмоционального контакта с ребенком — внимании к его потребностям, эмоциональной стабильности, надежности и помощи в переработке неустойчивых детских аффектов, высокой степени принятия и эмпатии. В когнитивно-бихевиоральной традиции подчеркивается роль социального моделирования — собственного при-

мера взрослых, а также адекватности требований и ожиданий от ребенка. В теории привязанности Дж. Боулби качество отношений в диаде «мать—дитя», получившее название «надежная привязанность», рассматривается как главное условие нормального психического развития. Наконец, в системной семейной психотерапии качество отношений в семейной системе в целом ставится во главу угла как нормального психического развития, так и патологии.

Обращает на себя внимание сходство описаний нарушенных отношений с другими людьми и восприятия реальности при выраженной психической патологии у представителей разных традиций (М. Балинта — см. раздел 3.4, Дж. Боулби — см. раздел 7.1.4, А. Эллиса — см. раздел 4.4). Суть этих описаний ярко представлена в юмористическом стихотворении А. Эллиса, цель которого не в насмешке над психологическими проблемами людей, а в том, чтобы используя гротеск, побудить их взглянуть с юмором и со стороны на свои отношения с другими: «Мои желания исполняй, ай-ай-ай! Мне обид не причиняй, ай-ай-ай! Если что-то вдруг не так — это просто полный крах! Я тогда рассыплюсь в прах, ахахаха-хаха-хах!».

Приведенное выше юмористическое описание объектных отношений при психической патологии укладывается в представление об эгоцентрической позиции, при которой отсутствует независимый от собственных потребностей эмоционально-константный образ другого человека: «Эгоцентризм оказывает влияние на все сферы общения и взаимодействия ребенка с другими людьми, ограничивая их независимо от того, происходит ли общение на вербальном или на невербальном уровне» (Боулби Дж. — 2003. — С. 393). Ребенку трудно представить себе мир с другой позиции, с точки зрения другого человека, у которого есть собственные цели и потребности. Способность к децентрации (т.е. пониманию чувств и намерений другого человека, умение договариваться и ставить совместные цели) развивается, согласно Дж. Боулби, в условиях надежной привязанности.

В отечественной традиции клинической психологии категория «отношение» (с особым акцентом на роли интерперсональных отношений) стала центральной в теории личности и психического здоровья В. Н. Мясищева. В московской психологической школе интерперсональные отношения ребенка со взрослым долгое время рассматривались с позиций трансляции культурного опыта, а значение эмоциональной связи недооценивалось, хотя положение о единстве аффекта и интеллекта было одним из центральных в культурно-исторической концепции Л. С. Выготского.

Логика этого положения предполагает особое внимание к эмоциональному, смысловому контексту взаимоотношений ребенка и взрослого в процессе их сотрудничества. Она была восстановлена в более поздних исследованиях (В. К. Зарецкий, М. И. Лисина, Е. О. Смирнова, В. И. Слободчиков, Е. Т. Соколова и др.). Е. О. Смирнова и Е. Т. Соколова предлагают использовать понятие интериоризации — одно из ключевых понятий отечественной психологии развития — для описания механизма формирования внутренних моделей отношений с миром, которые закладываются в детстве. Они говорят об интериоризации качества эмоционального контакта со взрослым как основы самоотношения и модели отношений с миром. В многофакторной модели расстройств аффективного спектра (А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян) речь идет об интериоризации стиля семейных взаимоотношений в определенные когнитивные образования психики ребенка, при этом дисфункции семейных взаимоотношений трансформируются в систему дисфункциональных личностных ценностей, убеждений, стратегий поведения.

В московской психологической школе центральной категорией в подходе к психической норме и патологии была категория «деятельность». Эта категория позволяла принципиально переосмыслить представление о движущих силах развития, в качестве которых рассматриваются не внутренние потребности, не внешняя среда, а, прежде всего, собственная активность субъекта. При таком понимании движущих сил решающим условием нормального психического развития становится возможность разворачивания собственной активности ребенка.

Потребность в активном исследовании окружающего мира, согласно Дж. Боулби, актуализируется у ребенка только при условии удовлетворения потребности в привязанности. Сбалансированное удовлетворение этих потребностей (в близости и автономии) рассматривается как важнейший механизм развития в его концепции, теории объектных отношений и психологии «Я».

Для поиска критериев этого баланса и для дальнейшей разработки проблемы движущих сил развития высокоэвристичным является понятие «зоны ближайшего развития», предложенное Л. С. Выготским. Можно предположить, что именно умение взрослого выделять эту зону и двигаться в ней в разных сферах активности ребенка является залогом сбалансированного удовлетворения его потребностей в близости и поддержке, с одной стороны, самостоятельности и автономии — с другой. Возможности применения этого понятия для характеристики разных сфер развития ребенка (интеллектуальной, эмоциональной, волевой) и практической работы с разным типом учебных трудностей посвящено исследование В. К. Зарецкого (2007).

Для интеграции столь важных и взаимодополняющих моделирующих представлений о детерминантах развития еще предстоит «стыковка» эволюционного и культурно-исторического подходов в исследовании конкретных феноменов детского поведения»

(Г. В. Бурменская — 2003). Ассимиляция различных разработок в форме создания интегративных моделей психического развития и его нарушений является характерной чертой современного этапа развития клинической психологии. Дальнейшее расширение и углубление представлений о детерминантах развития имеют принципиальное значение для практики воспитания, обучения и психологической помощи.

Моделирующие представления о структурно-динамических характеристиках психики. В целом ряде современных подходов, принадлежащих разным традициям, центральная роль в психическом здоровье отводится *качеству когнитивных структур, лежащих в основе восприятия реальности (прежде всего уровню их дифференцированности и интегрированности, а также содержательному наполнению), и механизмам искажения этого восприятия.* В аспекте макродинамики большое значение придается раннему опыту как источнику формирования когнитивных структур или системы представлений о себе и о мире.

Например, теория объектных отношений ведущую роль в развитии и отклонениях от него отводит когнитивным образованиям в виде объектных репрезентаций и защитным механизмам. Аналоги этих образований и механизмов в других традициях описываются понятиями «когнитивная схема» и «искажения мышления» (когнитивная психотерапия А. Бека), а также понятиями «Я-концепция» и «искажения опыта» (клиентцентрированная психотерапия К. Роджерса). Наконец, в теории привязанности Дж. Боулби в качестве такого когнитивного образования выступает «рабочая модель». Таким образом, моделирующие представления о структуре, микро- и макродинамике психики в рамках упомянутых направлений во многом сближаются. Эти моделирующие представления задают мишени психотерапии в виде структурных и динамических дисфункций картины мира, которую строит человек: низкая дифференцированность и интегрированность этой картины; различные искажения реальности; а также травматический ранний опыт, в котором происходило их формирование.

В рамках системно ориентированной семейной терапии концепция дифференциации «Я» М. Боуэна явно перекликается с рассмотренными выше моделирующими представлениями. Работая с дисфункциональными семьями, для которых типична психическая патология, М. Боуэн высказал идею низкой дифференциации этих семей — низкий уровень автономии ее членов, плохо проговоренные и осмысленные нормы и правила, отсутствие метакоммуникации. Он вводит очень выразительный и емкий термин «недифференцированная семейная эго-масса». Низкая дифференцированность внешнего мира ведет к такой же внутренней недифференцированности как основе личностной патологии.

Современные исследователи предпринимают попытки применить идеи Ж. Пиаже о закономерностях интеллектуального развития (о качественной смене когнитивных структур, об аккомодации и ассимиляции как механизмах становления этих структур, а также об эгоцентризме детского мышления) для разработки моделирующих представлений о более широком контексте психического развития. Моделирующее представление о развитии как революционном процессе, сопровождающемся качественной перестройкой психических структур, разрабатывал также и Л. С. Выготский, хотя и расходился с Ж. Пиаже в вопросе о роли обучения в развитии.

Нижеследующая схема (см. табл. 5) иллюстрирует близость современных моделирующих представлений о структурно-динамических характеристиках психики в рамках трех основных традиций западной психологии.

Моделирующие представления о здоровой личности и механизмах психической патологии. Одним из главных критериев психического здоровья разными авторами рассматривается

Таблица 5

Представления о структурно-динамических характеристиках психики в школах современной клинической психологии и психотерапии

Характеристики психики	Теория объектных отношений	Когнитивная психотерапия А. Бека	Клиентцентрированная психотерапия К. Роджерса
Структура	Система представлений о себе и о мире (объектные репрезентации)	Система представлений о себе и о мире (когнитивные схемы: убеждения и верования)	Система представлений о себе и о мире («Я-концепция»)
Микродинамика	Отражение реальности (защитные механизмы)	Отражение реальности (когнитивные искажения)	Отражение реальности (искажения внутреннего опыта)
Макродинамика	Ранний опыт, характер привязанности (стадии развития объектных отношений)	Ранний опыт, характер привязанности (формирование когнитивных схем)	Ранний опыт, характер привязанности (формирование «Я-концепции»)

качество упомянутых выше когнитивных структур, лежащих в основе восприятия реальности и отношений с другими людьми. Зрелость этих структур определяет способность полно, дифференцированно и без грубых искажений воспринимать окружающую реальность, а также устанавливать с людьми отношения кооперации и сотрудничества. Основа сотрудничества — способность видеть другого как самостоятельный «объект» со своими потребностями, понимать чувства и намерения другого человека, соотносить их со своими, договариваться и ставить совместные цели. Последнее представление перекликается с идеями А. Адлера, первого из психологов указавшего на ведущую роль интерперсональных отношений и потребности в кооперации с другими людьми для психического здоровья. Способность человека к интимным, близким, партнерским отношениям можно считать одним из важнейших критериев психического здоровья, выработанных в клинической психологии.

Другим важным критерием психического здоровья является способность к перестройке, развитию и изменению когнитивных структур в соответствии с новым опытом. В отечественной клинической психологии обращение к выдвинутому Б. В. Зейгарник понятию «опосредствование» стало ключевым для моделирующего представления о психическом здоровье как наличии арсенала средств психической саморегуляции. Важнейшая роль в этом арсенале принадлежит рефлексии (способности к осознанию собственных мотивов и смысловых образований как оснований деятельности, а также установлению отношений между различными смысловыми контекстами). Сформированность этих механизмов является залогом конструктивного преодоления различных трудностей и проблем, «когда раскрываются внутренние резервы человека, дающие ему свободу от обстоятельств, обеспечивающие даже в самых трудных условиях возможность самоактуализации» (Зейгарник Б. В. и др. — 1989. — С. 122).

Рассмотренные представления о психической саморегуляции перекливаются с представлением о метакогнитивных процессах, которые в современной когнитивной психологии и интегративно ориентированной когнитивной психотерапии рассматриваются как важнейший механизм перестройки дисфункциональных когнитивных структур. Однако отечественные разработки изучения рефлексии имеют более давнюю традицию, их связь с деятельностным подходом придает им особую эвристичность, так как в последнем заложены теоретические основания для формирования рефлексии.

Психическая патология в ряде современных концепций, принадлежащих разным традициям, рассматривается как результат наличия ригидных и неадекватных моделей себя и мира (когнитивных схем, «Я-концепций», объектных репрезентаций, рабочих

моделей), а также системы выраженных искажений в восприятии реальности (когнитивных искажений, защитных механизмов, нарушение интеграции опыта). Чем более ригидны, недифференцированны и негативны репрезентации реальности, чем грубее ее искажения, тем больше нарушается способность к конструктивным интерперсональным отношениям, тем более тяжелая психическая патология может развиться у человека.

Таким образом, в моделирующих представлениях о механизмах психической патологии когнитивным структурам и когнитивным процессам отводится ведущая роль. Их нарушения рассматриваются как результат дисфункциональных отношений в семье со значимыми взрослыми, а также (или) более позднего травматического негативного опыта в виде стрессогенных жизненных событий и повседневного стресса. Незрелые, ригидные когнитивные структуры и связанные с ними когнитивные искажения и дефицитарные механизмы саморегуляции выступают в качестве психологических факторов риска (диатеза) возникновения различных форм психической патологии, так как, с одной стороны, способствуют повышению уровня стресса (провоцируют интерперсональные конфликты, трудности социальной адаптации и т. д.), а с другой — делают человека крайне неустойчивым к любым стрессогенным событиям.

Как указывалось в первом разделе, диатез-стрессовые модели являются доминирующими представлениями о механизмах психической патологии в современной клинической психологии. При этом психологические факторы рассматриваются не изолированно, а в рамках биопсихосоциальных моделей. Биологические и социальные факторы психической патологии были освещены в первом разделе, однако в заключение представляется важным еще раз остановиться на культуральных аспектах психической патологии, так как жизнь семьи и ключевые для психического здоровья интерперсональные отношения с близкими взрослыми всегда отражают процессы в культуре и обществе.

Культуральные факторы оказались в фокусе внимания ряда исследователей и существенно дополнили моделирующие представления о психической патологии в рамках биопсихосоциальных моделей. В отечественной психологии положение о влиянии культуры на психическое здоровье прямо вытекает из культурно-исторической концепции Л. С. Выготского и теории отношений В. Н. Мясищева. Определяющая роль общества для психического здоровья людей стала осознаваться западными специалистами, начиная с работ представителей социального психоанализа, прежде всего К. Хорни и Э. Фромма.

В своем отчете ВОЗ о положении детей-сирот в детских домах Дж. Боулби прямо пишет о важности экономических и социальных условий, в которых находится семья, для психического здоровья

ее членов, о том, что общество, которое дорожит своими детьми, обязано заботиться об их родителях. Однако экономическое и материальное благополучие не только не решает проблему, но даже создает новые ловушки и опасности для психического здоровья современного человека. Стремясь к материальному благополучию и потреблению благ, люди стали меньше времени проводить дома, со своими детьми. Исследования показывают, что время, которое проводят отцы со своими годовалыми детьми, исчисляется несколькими минутами в день. Появились приборы для укачивания младенцев, которые способны развлекать детей и обеспечивать искусственную стимуляцию в виде всяких изображений. Учитывая, как много значит для психического здоровья ребенка полноценный опыт интерперсональных отношений, угроза, исходящая от перечисленных тенденций современного общества, очевидна.

Таким образом, в разных традициях разрабатывались моделирующие представления о механизмах психической патологии, которые в чем-то сближаются, в чем-то дополняют друг друга, отражая сложную многофакторную картину психической реальности.

Теоретико-методологических принципы. Сближение базовых принципов во многом обусловлено влиянием общей методологии современной науки: *наиболее разработанные концепции имеют черты системного подхода, в той или иной степени опираются на принципы детерминизма и развития*. Важно отметить, что в разных традициях победил исторический принцип в исследовании психической патологии. Сейчас не вызывает сомнения важность исследования прошлого опыта дисфункциональных интерперсональных отношений, травматических событий как фактора психической патологии и мишени психотерапии. Особо следует также отметить принцип активности субъекта как основу понимания сути психического развития в отечественной психологии. Этот принцип, тесно связанный с понятиями «саморегуляция», «опосредствование» и «рефлексия», должен сыграть важную роль в дальнейшем становлении моделирующих представлений о психической норме и патологии.

Исследовательские правила и процедуры. Можно также говорить об общей тенденции утверждения более объективных методов исследования, позволяющих регистрировать и систематизировать эмпирические данные, проверять их на надежность, сопоставлять данные разных авторов друг с другом. Когнитивно-бихевиоральная традиция прошла путь от крайних форм позитивизма и линейного детерминизма к системному изучению психического здоровья и патологии. Основные правила научного исследования, на которые она опирается, — надежность, валидность и репрезентативность — находят все больше сторонников среди представителей двух других традиций.

Вместе с тем феноменологический подход прочно утверждается в когнитивной психотерапии, что также становится основой ее сближения с психодинамической и экзистенциально-гуманистической традициями. Все модели патологии в рамках когнитивной терапии построены на детальном феноменологическом исследовании внутреннего опыта различных категорий пациентов.

Таким образом, наметился *переход от противопоставления феноменологических и так называемых объективных естественно-научных методов исследования к их комплексному применению в исследованиях.* Сочетание качественных и количественных методов исследования характерно как для западной, так и для отечественной психологии.

Завершая сопоставление психологических традиций, представленных во втором разделе, еще раз подчеркнем суть исторической ситуации, в которой развивается современная клиническая психология. Доминирование научно-практического подхода в современной науке и тенденции к развитию неклассического научного знания связаны с задачами разработки научно обоснованных эффективных способов решения практических задач. Для такой теоретической научной дисциплины как общая патопсихология, которой посвящен данный том, речь идет о разработке теоретических концепций нормы и патологии, способствующих выделению научно обоснованных мишеней и разработке эффективных методов психологической помощи. Доминирование практических задач оказания психологической помощи является важным фактором сближения всех проанализированных в данном разделе психологических традиций.

В процессе же решения практических задач психологической помощи на основе научно обоснованных теоретических моделей важно помнить, что реальный человек всегда больше, чем любая сколь угодно сложная система аспектов изучения, о чем напоминает нам феноменологическая гуманистическая традиция. Психика человека может быть объектом изучения, но при психологической работе с конкретным человеком — будь то психодиагностика или психотерапия — он всегда выступает как субъект отношения, как уникальная развивающаяся личность, не сводимая ни к каким теоретическим конструкциям.

БЛЮМА ВУЛЬФОВНА ЗЕЙГАРНИК
(ПОПЫТКА ВОСПРОИЗВЕДЕНИЯ ЖИЗНЕННОГО ПУТИ)

А. ЗЕЙГАРНИК

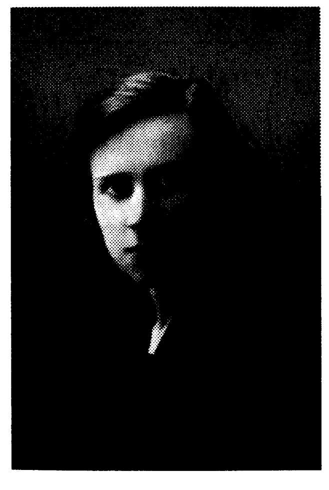
Проходит время, и все труднее становится воссоздать события давно минувших дней. Факты обрастают толкованиями и легендами, становятся трудно различимыми, а то и вовсе исчезают. Эта краткая биографическая статья опоздала по меньшей мере на 10—15 лет, но тому были свои причины, которые, как мы надеемся, станут окончательно ясны после ее прочтения.

27 октября 1901 года (по новому стилю — 9 ноября) в маленьком литовском городке Пренай родилась девочка, которую назвали Женя-Блюма. Она была поздним и единственным ребенком в семье. Ее отец Вульф Герштейн держал магазин в этом городе, а мать Роня Герштейн помогала ему — семья добропорядочных евреев, чьи предки бежали из Европы от преследований. Они были умны и образованны, и пользовались большим уважением, хотя и не были верующими. В семье говорили по-русски и на идише. После 1863 и до 1905 года русский был единственным официально разрешенным государственным языком, и образование можно было получить только на русском. Идиш использовался в семье, чтобы обсуждать «взрослые проблемы». «Наивные! — вспоминала Блюма Вульфовна. — Они полагали, что я их не понимаю».

В 1916 году она поступила сразу в пятый класс Алексеевской женской гимназии Е.Д. Рейман-Далматовой в г. Минске, где тоже все предметы преподавались на русском языке (разумеется, кроме французского, немецкого и латыни). В женских гимназиях тогда учились семь лет, из которых четыре ей пришлось пропустить. В эти годы она заболела вирусным менингитом. Грозная не только по тем временам болезнь грозила покалечить ее или вовсе унести в могилу. Но она выжила и сумела подготовиться к поступлению в гимназию. По-видимому, родители наняли тогда педагогов, чтобы помочь ей в подготовке. В гимназии она провела три года и в 1918 году окончила седьмой класс с золотой медалью. Интересно, каким предметам обучали тогда в гимназиях: Закон Божий, русский язык и словесность, математика, география всеобщая и русская, естествознание, история всеобщая и русская, физика вместе с математической и физической географией, рукоделие. Дополнительными предметами были языки и педагогика.

Блюма Герштейн была нацелена на высшее образование, но в те годы трудно было найти университет, который не предъявлял бы к абитуриентам требований, соответствовавших стандартам мужской гимназии. Образование мальчиков включало больше предметов и в целом строилось

на базе более интенсивной программы. В том же 1918 году она сдает экзамены по курсу мужской гимназии. Часть предметов надлежало пересдать, к ним добавился предмет «логика и психология». Блюма начинает готовиться в университет, проводит много времени в библиотеке, где и знакомится со своим будущим мужем Альбертом Янкелевичем Зейгарником. В 1919 году она выходит за него замуж. Ей только 18, и родители не были в восторге от этого брака: молодой муж недостаточно состоятелен и к тому же — не ровня. Но со временем они смягчаются и решают послать молодую чету учиться в Европу, помогают даже брату мужа, который получает возможность учиться в Бельгии. В 1922 году Блюма поступает на философский факультет Берлинского Университета, а Альберт в Политехнический институт там же в Берлине.

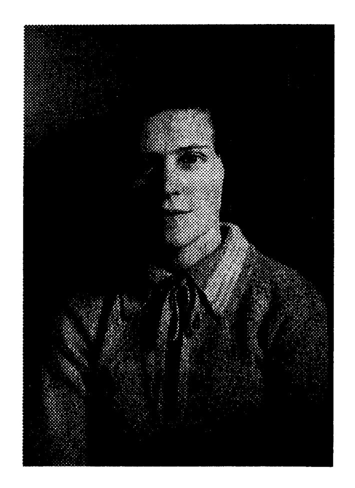


Накануне отъезда в Берлин из Литвы, 1921 г.

Блюма Вульфовна вспоминала, что интерес к психологии пришел к ней через литературу. Огромное влияние оказала на нее учительница словесности в гимназии, которая, по ее словам, «вскрывала психологические аспекты в литературе». В университете лекции по лингвистике не вызвали у Блюмы Зейгарник большого интереса, зато она была поглощена курсами, которые читали известные гештальт-психологи: Вольфганг Кёлер, Макс Вертгаймер и Курт Левин. Лекции по педагогике читал Франц Эрнст Шпрангер. Так она приходит к психологии — предмету своей будущей профессиональной деятельности.

Особенно ее увлекают лекции Курта Левина. В те годы это молодой приват-доцент, получивший прекрасное образование во Фрайбурге, Мюнхене и Берлине и уже проведший четыре года на фронтах Первой мировой. Он был всего на десять лет старше своих студентов и в то же время — значительно опережал своих современников, главным образом, в методологическом плане. Изучая его работы по методологии науки и анализируя сегодня содержание дипломных работ, сделанных под его руководством студентами в двадцатых годах, кажется, что он уже наперед знал все дискуссии вокруг логического позитивизма, время для которых придет значительно позднее. Он любил спорить и возбуждать споры среди своих учеников, объяснял роль теории в науке и необходимость экспериментальной проверки научных гипотез. Сегодня мы сказали бы про такого ученого: «У этого парня в голове полный порядок». В двадцатых годах прошлого века такое понимание вещей было доступно, возможно, лишь необыкновенно одаренному человеку.

Курт Левин руководил рядом экспериментальных работ, нацеленных в конечном итоге на подтверждение его теории действий и аффектов.



В Берлинском университете

Одну из них проводила Б. В. Зейгарник. Написанная по ее результатам и опубликованная в 1927 году статья и сделала ее известной на Западе. Название — «Запоминание законченных и незаконченных действий». Только в 2001 году, через три четверти века после опубликования в *Psychologische Forschung*, появилась возможность прочитать эту работу на русском языке в официальном издании (она была опубликована в издательстве «Смысл» как глава в книге: *К. Левин. Динамическая психология. Избранные труды*). В этой работе было впервые показано, что прерванные задачи запоминаются взрослыми примерно на 90 % лучше, чем законченные, а дети вообще помнят исключительно прерванные задачи. Этот результат вошел в историю науки как *Зейгарник-эффект*.

В 1925 году Блюма Вульфовна оканчивает университет и продолжает работать в нем, а в 1927-м после публикации работы о прерванных действиях ей была присвоена степень доктора. До 1931 года она работает в Берлинском университете как внештатный сотрудник, а ее муж в это время — сотрудник советского торгпредства в Германии.

По-видимому, решение поехать в Советскую Россию появилось под воздействием мужа Блюмы Вульфовны и его братьев, которые были настроены просоциалистически. Они, как представляется теперь, не предвидели, что, избежав надвигающегося фашизма, попадут в страну, где государственный террор вскоре также обретет масштабный характер. Какая тяжелая расплата ждала их в сталинской России! Но в те годы их переезд воспринимался по-другому. Блюма Вульфовна всегда называла его «возвращением», имея в виду, что в 1922-м они уезжали из того места, которое было по духу и образу жизни российским.

В 1931 г. они переезжают в Москву, и Блюма Вульфовна начинает работать научным сотрудником Института высшей нервной деятельности, который в 1932 г. был реорганизован в отдел Всесоюзного института экспериментальной медицины (ВИЭМ). В те годы она знакомится с Л. С. Выготским, который оказал на нее так же, как и К. Левин, огромное влияние. Их двоих она считала величайшими психологами своего времени, необыкновенно симпатизировала обоим и считала, что эти симпатии взаимны. Она мечтала познакомить их друг с другом. В 1933 году К. Левин останавливается в Москве на две недели после своей командировки в Японию. Его стали уговаривать не возвращаться в Германию. По словам Блюмы Вульфовны, Левин не понимал до конца значимости германских событий, но, предчувствуя беду, решил эмигрировать в США. Блюма Вульфовна организует встречу Левина и Выготского. Через год

после этого Л. С. Выготский ушел из жизни, а К. Левин был безвозвратно потерян для нее, оказавшись по другую сторону «железного занавеса». Она никогда не говорила впоследствии о той душевной пустоте, которая возникла в результате отрыва от своих бывших однокашников по Берлинскому университету, от своего учителя, да, по сути, и от всего мира за пределами «соцлагеря». Ранний уход Выготского она также воспринимала глубоко трагично, считая, что великий ученый преднамеренно отказывался от лечения, и вспоминала о нем с грустью. Портрет Льва Семеновича всегда стоял у нее за стеклом одной из книжных полок.

В ВИЭМе Блюма Вульфовна почти полностью поглощена патопсихологией. Интерес к ней, по ее словам, возник еще в Берлине, когда вместе с Левиным она посещала клинику соматических заболеваний Гольдшейдера. Начиная с тридцатых годов медицинская психология становится главной областью ее интересов. В 1935 году ей присваивается степень кандидата биологических наук. Немецкая степень доктора философии в СССР, естественно, не шла в счет. Скорее наоборот, этот «подозрительный» титул в те времена уместнее было скрывать. Он служил свидетельством того, что его обладатель потенциально является носителем чуждых буржуазных идей, с которыми повсеместно развертывалась идеологическая борьба. Летом 1936 года выходит постановление ЦК ВКП(б) «О педологических извращениях в системе наркомпросов», за которым последовал удар по экспериментальной психологии и психологии в целом. Идеологической критике подверглись работы многих ученых, в том числе Л. С. Выготского. Атмосферу того времени прекрасно описывает Б. С. Братусь в своей книге *«Русская, советская, российская психология»* (2000). Трудно сейчас восстановить, что происходило с Блюмой Вульфовной в те годы, но в период с 1936 по 1939 год ею не опубликовано ни одной научной работы. Лишь в 1940 году она публикует исследования о посттравматическом слабоумии.

В 1938 году психиатрическую клинику ВИЭМа реорганизуют, и она становится частью института психиатрии Минздрава РСФСР, где Блюма Вульфовна начинает работать в должности психолога-невролога. В 1940 году происходят два важных события в жизни Блюмы Вульфовны. По пакту Молотова — Риббентропа в Литву вступает Красная Армия. Отвлекаясь от объективной оценки этого явления, надо признать, что это событие дало ей возможность поехать в Литву и навестить мать. Это было их первое и последнее свидание после двадцатых годов. Отец к тому времени уже умер.

Летом того же года мужа Блюмы Вульфовны арестовывают по обвинению в шпионаже. Десять лет без права переписки. Она остается с двумя детьми, одному из которых меньше года, другому — шесть лет. Потеря мужа явилась началом нового этапа в ее жизни. Начались частые походы на Лубянку, чтобы выяснить хоть что-нибудь о его судьбе. Она стала испытывать материальные трудности. Здесь надо отметить, что при таком повороте событий Блюма Вульфовна была готова к тому, что многие из боязни отвернутся от нее. Оказалось, что далеко не все. Она получала

моральную поддержку от многих, и не только от тех, кто оказался в похожем положении. Здесь хочется отметить Александра Романовича Лурия, который и много лет спустя всячески поддерживал и помогал Блюме Вульфовне, и ближайшего ее друга Сусанну Яковлевну Рубинштейн, чья поддержка, пусть это не звучит высокопарно, видится сегодня как подвиг. Этот мужественный человек не только не боялся сопровождать Блюму Вульфовну на Лубянку, но и вызывался ходить туда вместо нее. Мало кто был готов на такой шаг.

События этих лет отложили глубокий отпечаток на всю последующую жизнь Блюмы Вульфовны. Основным в ее жизни стал страх, прежде всего за судьбу своих детей, внутренняя цензура. При необыкновенной душевной открытости, которая была так свойственна ее характеру, появилась закрытость информационная. Внутри семьи она избегала тем, которые, так или иначе, касались родственников, живших за границей, или берлинского и до-берлинского периодов ее жизни. Все, что связывало ее с западной наукой, фактически было табуировано. Марксистское мировоззрение в семье считалось «официальным», а о том, что она *действительно* думает и чувствует, можно было только догадываться. Я учился в средней школе в конце семидесятых — начале восьмидесятых, и даже тогда разговоры Блюмы Вульфовны и Сусанны Яковлевны выглядели как разговоры во время конспиративной явки (разумеется, не по инициативе последней). На втором курсе института, читая запрещенного тогда А. Авторханова, я чувствовал себя самым большим диссидентом в семье.

Многие ученые оставляют после себя автобиографии, архивы, записные книжки, воспоминания. Блюма Вульфовна не оставила почти ничего, все было уничтожено ею. Дело осложняется еще и тем, что немногочисленные ее записи, которые сохранились, изобилуют неточностями. Часть этих неточностей — результат «конспиративной программы», от которой она предпочитала не отступать, но есть и другая причина. Она не считала действительно важными многие детали своей жизни, не придавала им значения. Ей были, скорее, важны феномены и паттерны, чем детали. Здесь уместно привести несколько забавных примеров.

Если открыть любую из энциклопедий, где есть биография Б. В. Зейгарник, то можно прочесть, что она родилась в 1900 году. То же написано и в ее кратких автобиографиях, которые обычно требуются при приеме на работу. На самом же деле родилась она в 1901 году. «Разве это важно? — говорила она. — «Годом больше — годом меньше...» Другой пример. Во время ее учебы в Берлинском университете туда приезжали многие ученые с лекциями. Это считалось престижным. Она любила рассказывать, как две лекции прочитал Альберт Эйнштейн. Физику, по ее признаниям, она не понимала и не знала, но ее интересовала не физика, а личность, его «детские глаза», способ говорить. Правда, в одном из интервью какой-то финской газете она почему-то сказала, что приезжал не Эйнштейн, а Эйзенштейн с лекциями по теории искусства, и опять-таки ее интересовала не столько суть лекции, сколько личность лектора. Может, это просто оговорка, а может, они оба гастролировали с лекциями. Она

считала, что это в принципе не важно. Ведь важно не *что*, а *как*, раз она не понимала, о чем шла речь!

Наконец, есть еще одна причина того, что семейный архив весьма скуден. Эта причина не приходила мне в голову, пока я не обнаружил документ, называемый просто: *протокол*. Сей документ гласит, что «на основании ордера Народного Комиссариата Внутренних Дел СССР за № 536 от 7 августа 1940 г. произведен обыск/арест у гр. Зейгарника А. Я. ... При обыске присутствовали дворник Дымов и жена подозреваемого... *Изъято*: 1. Записки разные с [неразборчиво] и номерами телефонов — 11 шт. 2. Записная книжка — 1 шт. 3. Фотокарточек (групповые снимки) — 6 шт. 4. Общие тетради с техническими записями на немецком языке 1926 г. — 2 шт. 5. Техническая записка по электротехнике 1925 г. в двух папках, одна из них на немецком языке — 79 листов...». Но ведь и осталось! Протокол сообщает нам, что была опечатана комната с многочисленными документами, папками, тетрадями, записками.

В 1941 году Блюму Вульфовну направляют в филиал клиники нервных болезней ВИЭМ в г. Кисегаче Челябинской области, где она начинает работать в должности старшего научного сотрудника. Вместе с другими медиками и психологами она трудится над восстановлением психической и соматической деятельности пациентов, получивших ранение в голову. По воспоминаниям старшего сына Блюмы Вульфовны, Юрия Альбертовича, который был в те годы школьником, раненые производили настолько тяжелое впечатление, что даже небольшие успехи в их реабилитации были для всех большой радостью.

Уже после войны Блюма Вульфовна подготовила диссертационную работу на основе исследований, начатых в военный период. Когда диссертация была близка к завершению, работа исчезла. Попросту говоря, один из сотрудников института психиатрии, бывавший у нее дома, украл ее. Впоследствии Блюма Вульфовна уничтожила все черновики. Она боялась, что это окажется где-то опубликованным, и ее обвинят в плагиате. Сегодня такой поворот событий кажется маловероятным, неправдоподобным, но страх иногда сильнее здравого смысла.

Другую часть исследований не представлялось возможным опубликовать. В частности, среди многочисленных приемов, которые использовались для восстановления двигательной активности пациентов-фронтовиков, применялся следующий. Подставное лицо переодевали в военную форму и больному объявляли, что это — комиссар. Далее комиссар отдавал приказы, выполнение которых могло привести к восстановлению (возможно, частичному) утраченных двигательных функций. Не сохранилось ни документальных данных, ни сведений об эффективности и воспроизводимости результатов таких экспериментов. Ясно одно: в те годы за такие эксперименты недолго было отправиться в места, не столь отдаленные, а в наши — вряд ли уж представится возможность их повторить.

В 1943 году Блюма Вульфовна вернулась в Москву, где ее ждала разграбленная квартира. На время эвакуации туда незаконно поселили

постороннего человека, который почему-то считал все вещи своими. Домашняя библиотека и большая часть мебели использовались им в качестве дров для печки. Часть семейного архива исчезла, возможно, и в этот период. Кроме трудов не известных ему ученых, временный жилец в борьбе за тепло домашнего очага отправил в топку все имевшиеся в доме труды Маркса и Энгельса. (Мне представляется, что в этом необузданном материализме есть что-то мистическое.) «Бухаринское» собрание сочинений Ленина, правда, осталось. Блюме Вульфовне вновь пришлось пройти через многочисленные унижения, но после вмешательства военного прокурора квартира была возвращена. Пришлось налаживать свой быт заново.

Начиная с 1943 года Блюма Вульфовна вновь работает в ЦНИИ психиатрии в должности заведующей патопсихологической лабораторией, а с 1949 года начинает читать курс патопсихологии в МГУ. Между 1943 и 1948 гг. — опять провал: никаких данных, мало публикаций (они в основном посвящены исследованиям последствий травм головного мозга), ни одного сохранившегося документа, письма. В конце сороковых научное творчество любого психолога вновь было поставлено под удар: печально известные сессия ВАСХНИЛ и Павловская сессия создали тяжелую атмосферу для работы. А в начале пятидесятых Блюму Вульфовну ждали еще и испытания иного рода. В стране развертывается государственная антисемитская кампания: дело врачей, дело Еврейского антифашистского комитета и прочее. Сначала в 1950 г. Блюма Вульфовна перестала руководить лабораторией, а затем (в 1953 г.) и вовсе оказалась без работы.

Этому событию предшествовала очередная аттестация Блюмы Вульфовны в должности старшего научного сотрудника, проходившая в 1951 году. Выяснилось, что она не может быть аттестована, так как отсутствовали стандартные документы о высшем образовании. Потребовалось разъяснение юридического отдела Министерства высшего образования, в ожидании которого аттестация была отложена.

Директором НИИ психиатрии в момент увольнения Блюмы Вульфовны с работы был профессор Д. Е. Мелехов, который высоко ценил и уважал ее. О нем можно было бы сказать много добрых слов, но история увольнения Блюмы Вульфовны — более красноречивое свидетельство его человеческих достоинств. Мелехов был поставлен перед необходимостью ее уволить, но он всячески оттягивал этот момент и, наконец, придумал следующую уловку. Он отправил ее на больничный на целый год. И в те времена, да и сейчас, нельзя было уволить человека, находившегося в отпуске по болезни, но и бюллетенить целый год тоже было невозможно. Поэтому она возвращалась с больничного на пару дней и отправлялась «болеть» вновь. В течение очередных «двух дней» он якобы не успевал уволить ее, хотя готовый к подписанию приказ лежал на его столе все это время. Наконец, тянуть больше было нельзя. В разговоре с Блюмой Вульфовной он сказал: «Простите меня, я вынужден вас уволить, но пообещайте, что завтра же вы подадите на меня в суд». После этого она продолжала приходить на работу, но средств к существованию

у нее не было. В это время А. Р. Лурия и С. Я. Рубинштейн вновь пришли ей на помощь. Они помогали ей деньгами, а Александр Романович всячески хлопотал, чтобы дать ей возможность заработать хотя бы немного. Впоследствии в аналогичной ситуации оказалась и сама Сусанна Яковлевна, и тогда уже Блюма Вульфовна помогала ей. Антисемитская кампания пошла на спад после смерти Сталина, но только в 1957 году. Блюма Вульфовна была восстановлена в должности заведующей патопсихологической лабораторией и проработала в ЦНИИ психиатрии до 1967 года. С 1953 года она постоянно работала в МГУ.

К 1958 году Блюма Вульфовна подготовила свою третью (после Берлинской и украденной) докторскую диссертацию, и ей была присвоена степень доктора педагогических наук. В 1965 году ей присваивают звание профессора по специальности «психология». В 1967 году ее избирают на должность профессора кафедры психофизиологии и нейропсихологии МГУ. Жизнь постепенно стабилизируется. Выходят ее монографии «*Нарушения мышления у психически больных*» (1958), «*Патология мышления*» (1962), «*Введение в патопсихологию*» (1969), «*Личность и патология деятельности*» (1971), «*Основы патопсихологии*» (1973). Многие из них переводят на иностранные языки. В 1969 году впервые после долгих лет она получает возможность выехать за границу на Международный психологический конгресс в Лондон. Блюма Вульфовна принимает участие в подготовке работы секции патопсихологии. Многие тогда на Западе с удивлением обнаружили, что Б. В. Зейгарник — женщина, все еще работающий советский психолог, что круг ее интересов выходит далеко за рамки исследования прерванных действий. В 1978 году Блюме Вульфовне была присуждена Ломоносовская премия 1-й степени за цикл работ, посвященных проблеме нарушений психики при различных психических заболеваниях, коррекции и реабилитации психически больных.

В 1980 году Блюма Вульфовна участвует в Международном конгрессе по психологии в Лейпциге. Это вторая из двух конференций за рубежом, в которых она приняла участие. После этого конгресса интерес к ней и ее работам начал расти. На конгрессе с ней познакомился профессор Дж. Л. Тапп, который тогда являлся председателем комитета по присуждению премий Курта Левина. Тогда же в этот комитет входили Тамара Дембо, Эллен Гринбергер и Гарри Триандис. В 1983 году, по инициативе Таппа, Блюме Вульфовне присудили эту весьма почетную премию. Тапп писал, обращаясь в основном к американским коллегам: «Я думаю, наш выбор должен послужить примером общественной и научной ответственности психологов за то, чтобы научные исследования были узнаны и оценены независимо от национальных границ. Только таким образом научное сообщество может сопротивляться идеологическому давлению как левых, так и правых, и продолжать осуществлять свою главную деятельность, состоящую в накоплении знаний и их распространении на благо всего человечества». Видимо, тогда далеко не все на Западе были с радостью готовы «узнать и оценить» заслуги советского ученого. А что было по эту сторону границ? Было бы наивно думать, что любой человек

в нашей стране в 1983 году мог свободно получить любую американскую премию. Для этого требовалось благословение партийных инстанций. Партком в таких случаях с кем-нибудь советовался. В частности, письмо Блюмы Вульфовны было направлено психологу-эксперту, чье трудовое прошлое в органах не было запятнано педологическими и другими извращениями. Эксперт сообщил, что Курт Левин являлся сомнительной личностью и пособничал враждебным СССР элементам[1]. Посему его рекомендация однозначно содержала предложение, чтобы Б. В. Зейгарник отказалась от премии. К счастью, партком проигнорировал эти рекомендации, но выезд за получением премии настоятельно не рекомендовал, что было равносильно запрету.

В восьмидесятых годах Блюма Вульфовна продолжает работать на кафедре пато- и нейропсихологии факультета психологии МГУ, у нее много аспирантов, она читает несколько курсов лекций по патопсихологии, патологии мышления, зарубежным теориям личности. Выходят в свет ее монографии «*Теория личности К. Левина*» (1981), «*Теории личности в зарубежной психологии*» (1982), «*Патопсихология*» (1986). Но время берет свое. Она уже давно и серьезно болеет. Для восстановления сил требуются переливания крови, которые происходят все чаще и чаще, отказываются видеть глаза. 24 февраля 1988 года ее не стало. Перед самой кончиной, в те минуты, когда ей удавалось отвлечь свое внимание от изнуряющей боли, она неожиданно вспоминала факультет психологии, задавала вопросы. До самого последнего момента она думала о любимом деле, оставалась преданной ему.

Так прошла жизнь этого человека, полная испытаний на прочность, потерь и горести, а в то же время и радости за сделанное дело, радости встреч с замечательными людьми и радости знания настоящей, великой дружбы. Она тепло отзывалась о многих своих друзьях и коллегах, чьи имена широко известны в сообществе психологов и психиатров, но перечислить их здесь без риска кого-либо нечаянно забыть просто не представляется возможным.

В этой статье я умышленно почти не касался содержания профессиональной деятельности Блюмы Вульфовны, потому что это не в моей компетенции. За меня о данной стороне ее биографии лучше скажет список принадлежащих ей трудов, который вскоре будет опубликован. А вот еще несколько слов о том, какой она была, пожалуй, дополнят картину.

Она была крохотной, хрупкой женщиной, едва достававшей до плеча среднего роста человека. Лекции она никогда не читала за кафедрой. Ее просто-напросто было бы не видно. Но ей самой казалось, что она выше, чем есть на самом деле. Каждый раз, когда надо было покупать плащ или

[1] Для этого были формальные основания. По данным С. Степанова, во время Второй мировой войны Левин работал в Центре стратегических исследований (преобразованном впоследствии в ЦРУ), где занимался проблемами пропаганды, военной морали, лидерства в воинских подразделениях, а также вопросами психологической реабилитации раненых солдат.

юбку, она неизменно выбирала вещи не по росту. Потом их приходилось перешивать или менять.

Она любила, когда к ней в дом приходили люди, много людей. В ее квартире в Большом Тишинском переулке побывали все ее аспиранты. Она интересовалась их проблемами, принимая во всех живое участие. С ней зачастую делились самым сокровенным. Я помню, как она возмущалась, что чья-то диссертация слишком прокурена. «Надо сказать ей, что столько курить нельзя! Мыслимое ли дело, чтоб от рукописи так пахло табаком?» Но главными «объектами» были мы, ее внуки. Наверное, весь факультет психологии знал, какие я выкидывал фортели. Психологическая наука в лице бабушки была задействована в моем воспитании в полном объеме.

Она была человеком, лояльность которого могла бы служить примером для многих. Помню, как обескураживающе она однажды высказалась о поп-музыке. Мой отец и я спорили о качестве какой-то композиции. Я настаивал на том, что она хороша, а отец утверждал обратное. «Ты совершенно не прав, Володя, — возразила она отцу, — это замечательная музыка, потому что под нее удобно делать зарядку против остеохондроза, которую мне недавно порекомендовали». Лояльность проявлялась и в оценках людей. Но, с другой стороны, у нее была почти мистическая способность определять людей по лицу, походке, по другим внешним признакам. Ей практически было достаточно одного пристального взгляда, чтобы определить, что человек способен на подлость. Ему не надо было даже открывать рот и что-то говорить. Это было уже лишнее. Возможно, эта способность явилась наследием давно ушедших трудных времен, а может, это просто был великий опыт клинициста, человека-наблюдателя.

Она была очень внимательна к тем, кто нуждался в ее профессиональной консультации. Не секрет, что часто больные пытаются глубоко вникнуть в причину и характер своих недугов, и к ней часто приходили домой те, кто нуждался в помощи и искал понимания. Во всех больных она прежде всего видела личность, пыталась предложить им адаптивные механизмы. Например, одному изобретателю вечного двигателя она посоветовала пересмотреть свое изобретение в другом ключе. «Предложите Ученому совету, — говорила она, — не все изобретение в целом, а его отдельные части. Наверняка они обнаружат много рационального и полезного».

О том, каким она была преподавателем, лучше расскажут ее бывшие студенты, но почему-то запомнилось ее забавное и трогательное отношение к беременным студенткам. «Их я спрашиваю очень быстро и ставлю обычно хорошие оценки», — говорила она. Однажды она принимала экзамен вместе с одним молодым преподавателем, который, по ее мнению, «слишком тянул». Она подозвала его и спрашивает: «Вы что, умеете принимать роды? Отпустите же ее поскорее».

Ее отличала необыкновенная доброта, и я уверен, что те, кто помнят ее, сохранили об этом впечатление на всю свою жизнь.

* * *

Чтобы не быть анонимным, скажу два слова о себе. Блюма Вульфовна — моя бабушка, и называю ее по имени и отчеству только потому, что так ее называли почти все (даже в одной из ее книжек, переведенной на испанский язык, автором на форзаце указана «Bluma Wolfovna»). Я не психолог, хотя когда-то собирался им стать. Все изложенное в этой статье основано главным образом на тех документах, которые остались в семейном архиве, на моих личных воспоминаниях и, в меньшей степени, на воспоминаниях других людей. Самую большую помощь в этом исследовании оказали мне мой отец, Владимир Альбертович Зейгарник, и мой дядя, Юрий Альбертович. Хочу также поблагодарить Аллу Борисовну Холмогорову и Бориса Сергеевича Братуся, которые вдохновили меня на написание этой статьи. Я старался быть настолько точным, насколько это возможно, но от ошибок никто не застрахован. Думаю, что это не конец моего исследования, а, скорее, его начало, и буду рад, если кто-то готов поделиться со мной своими воспоминаниями или впечатлениями от прочитанного. Самый удобный способ — связаться со мной по электронной почте (azeigarn@ioc.ac.ru).

Именной указатель

Оглавление

Учебное издание

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

В четырех томах

Под редакцией А.Б.Холмогоровой

Учебник

Том 1

Холмогорова Алла Борисовна

ОБЩАЯ ПАТОПСИХОЛОГИЯ

Редактор *В. Г. Щур*

Ответственный редактор *И. В. Пучкова*
Технический редактор *Н. И. Горбачева*
Компьютерная верстка: *В. А. Крыжко*
Корректоры *Н. В. Козлова, Э. Г. Юрга*

В оформлении обложки использована репродукция картины «Плач» из альбома: «Фрейд: Новые иллюстрации. Произведения пациентов психиатрических клиник, представленные центром творческой реабилитации душевнобольных на выставке “Мы тоже творим” в 1990 г.»

Изд. № 101114104. Подписано в печать 11.08.2009. Формат 60 × 90/16.
Гарнитура «Ньютон». Печать офсетная. Бумага офс. № 1. Усл. печ. л. 29,0.
Тираж 2 000 экз. Заказ № 496

Издательский центр «Академия». www.academia-moscow.ru
Санитарно-эпидемиологическое заключение № 77.99.60.953.Д.007831.07.09 от 06.07.2009.
129085, Москва, пр-т Мира, 101В, стр. 1, а/я 48. Тел./факс: (495)648-0507, 616-0029.

Отпечатано с электронных носителей издательства.
ОАО «Тверской полиграфический комбинат», 170024, г. Тверь, пр-т Ленина, 5.
Телефон: (4822) 44-52-03, 44-50-34. Телефон/факс: (4822) 44-42-15.
Home page - www.tverpk.ru Электронная почта (E-mail) - sales@tverpk.ru